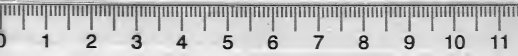


ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-SIXIÈME ANNÉE.



90152

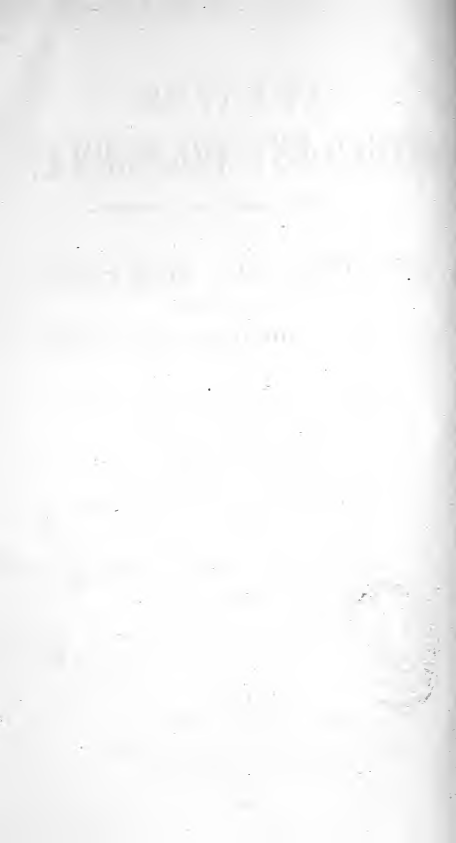
PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

—
1928



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Centenaire de la Maison de Santé de St-Cyprien

Le 14 juin 1928, la Maison de Santé de Saint-Cyprien célébrait son centenaire.

A l'occasion de cette cérémonie, le passé fut longuement évoqué tant dans les discours que dans les conversations particulières. L'activité des hommes qui se sont succédés à la tête de la maison a déjà donné lieu à des comptes rendus sous la plume du professeur Thouverez, dans les mémoires de l'Académie des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse, 1927, et sous la plume de Vernet ici même dans le numéro des *Annales* de mars 1924. Ces auteurs ont évoqué, avec quelle force de vie, l'image du docteur Victor Parant qui pendant près de 50 ans prodigua ses soins aux

malades. L'analyse complète et précise de sa vie et de son œuvre vient à la suite de la biographie de ses prédécesseurs. En somme toute l'histoire de la maison de santé a déjà été décrite et ici-même. Faut-il aujourd'hui redire les choses qui ont été si bien dites ? Non. Mais cependant quelques petits points, quelques détails sur la vie de cette maison ne peuvent-ils pas intéresser les lecteurs ?...

Avant 1828, le sort des malades mentaux était à Toulouse en tous points semblable à celui des mêmes malades des autres régions. Et Esquirol qui écrivit 10 ans avant cette date la façon dont on traitait les psychopathes avait été en partie inspiré par la visite des mentaux de Toulouse qui au vieil hospice de la Grave étaient groupés dans les quartiers de force « où les épileptiques, les aliénés des deux sexes, les mauvais sujets, les filles publiques, les condamnés étaient enfermés ». Ce n'est pas seulement à l'appel d'Esquirol que l'on doit l'amélioration de ces malades, c'est aussi à son intervention active dont la maison de santé de Saint-Cyprien est en somme l'un des fruits. Les élèves d'Esquirol, en effet, « signalés par lui à l'administration » furent désignés dans divers départements comme médecins des hôpitaux où il y avait des mentaux. A Toulouse, Delaye fut nommé médecin-chef de l'hospice de la Grave, poste qu'il devait conserver pendant trente ans.

En 1828, il pose la première pierre de la maison de santé de Saint-Cyprien. Auparavant il avait fait chez lui une petite expérience : il avait pris dans son appartement un malheureux aliéné qui partageait la vie familiale. Au début tout alla bien et Delaye conclut que les mentaux pouvaient vivre

une vie à peu près normale. Mais un beau jour en arrivant chez lui, il s'aperçoit que tout son mobilier a passé par la fenêtre. Loin de s'exaspérer, il tire de cet événement une deuxième conclusion, à savoir : que ce malade devait être soumis à une surveillance particulière. Pour résoudre ce problème, il faut un local spécialement aménagé... L'idée a germé, elle pousse aussitôt et Delaye achète un modeste local, un unique bâtiment qui persiste encore au sein de l'établissement et a reçu aujourd'hui le nom de Pavillon du Centre et où il soigne ses premiers malades.

Les malades affluent immédiatement car Delaye était très souvent consulté, depuis qu'il était chargé du service de la Grave, le petit bâtiment est bientôt insuffisant et la maison s'agrandit. Delaye, pour réaliser cette progression s'inspire de l'installation de la maison de santé que son maître Esquirol avait fondée à Paris, rue de Buffon, et il édifie sa maison avec toutes les améliorations nécessaires aux malades.

Pénétrons avec Delaye dans la maison et regardons ses méthodes de travail : deux hommes existent en lui et doivent être séparés : le médecin et l'administrateur. Médecin avant tout, il était modeste, sans ambition, se consacrant entièrement à ses malades. Il vit pour ainsi dire au milieu d'eux, car il est célibataire et sans famille et prend même ses repas avec les malades. Il s'occupe d'eux dans les plus petits détails.

Quelles étaient les qualités d'administrateur de cet excellent médecin ? A coup sûr Delaye possédait toute l'intelligence nécessaire pour faire un bon administrateur, mais il consacrait toute son

activité à son rôle de médecin et il dédaignait ce second rôle. Il laissait complètement de côté toutes les bagatelles, telles que : comptabilité, tenue des livres, registres, rapport, statistique, paperasses de toutes sortes. Le budget lui-même était ainsi tenu : Delaye mettait dans un tiroir les prix de pension payés par les familles et au fur et à mesure des besoins, il puisait dans ce même tiroir pour couvrir les frais. A la fin de l'année, il ouvrait plus grand son tiroir..... et s'il restait quelque chose à quoi l'employait-il ? Lorsque le nombre de demandes d'admissions des malades dépassaient le nombre de places, il achetait une petite maison voisine et son jardin et agrandissait peu à peu son établissement. Malgré cette méthode de travail qui aurait en d'autres temps conduit à des désastres, Delaye voit de jour en jour sa maison prospérer. S'il est vrai que l'époque était favorable, il faut néanmoins tenir compte de la valeur et de la compétence du médecin.

Hélas ! en 1838, la loi sur les aliénés, mettait à rude épreuve et secouait de sa torpeur l'administrateur. Mais Delaye ne peut se plier à toutes les mesquineries administratives, il fait la sourde oreille, n'applique pas les règlements et c'est seulement en 1851 qu'il arrive à satisfaire à toutes les conditions imposées par l'administration et qu'il obtient l'autorisation du gouvernement. Par décret il est autorisé à recevoir 50 hommes et 25 femmes.

A partir de cette époque, Delaye va songer à sa retraite : il n'a pas d'héritier, son seul parent, son neveu est aveugle et ne peut lui succéder.

En 1858, apparaissent les religieuses de Notre-Dame du Calvaire de Gramat. Cette communauté

créée en 1825 assurait déjà le service des aliénés à l'asile de Leyme. Mme la Supérieure de la communauté entre en pourparlers avec Delaye et afferme pour cinq ans la maison de santé. Delaye continue à assurer le service médical. Ces cinq années d'essai furent cinq années de prospérité, grâce aux qualités de Delaye, au dévouement des religieuses, et à la bonne entente qui régnait entre eux. Mais Delaye à ce moment a 74 ans, il fait appel à son vieil ami Foville. Celui-ci est trop âgé pour lui succéder, mais son gendre, Armand Censier, chef d'institution à Versailles pourrait très bien s'occuper de la partie administrative. En 1868, A. Censier est autorisé à succéder à Delaye avec Foville comme médecin. Le changement de direction n'altère pas la bonne entente qui régnait dans la maison ; A. Censier, Foville et les religieuses sympathisent et la maison connaît une prospérité considérable.

1875 ! Année terrible, le 23 juin, date mémorable dans la vie de la Maison de Santé ; la Garonne monte avec une rapidité effrayante, elle rompt les digues, le quartier de Saint-Cyprien est inondé. Les maisons légères et en briques s'effondrent ; la troupe à cheval fait des prodiges pour sauver les naufragés, l'eau n'arrive encore qu'au poitrail des bêtes, mais bientôt, elle monte à la hauteur d'un premier étage et le sauvetage devient impossible.

Que se passe-t-il à la maison de santé qui est au cœur de la tourmente ? Tout le monde est surpris. En un instant, religieuses et malades se trouvent dans l'impossibilité de fuir ; il y avait heureusement, à la tête des religieuses, mère Thérèse, femme énergique et de sang-froid. Il n'y a dans la

maison qu'un bâtiment à un étage. Sous la conduite de mère Thérèse, tout le monde s'y réfugie, on bouche les ouvertures... Mais on est sans vivres. Une caisse contenant quelques vivres surnage aux alentours et peut être happée par la petite collectivité, qui est ainsi sauvée.

Cette même année, Victor Parant épousait Mlle Censier. La Maison de Santé portait encore les terribles blessures occasionnées par le cataclysme. Et alors que l'avenir de la maison paraissait compromis, Victor Parant apporte avec lui avec toutes ses connaissances, tout son courage et toute son énergie.

Sous son impulsion, la maison sortait de nouveau des décombres. Pendant 50 ans Victor Parant se consacre entièrement aux malades. Son œuvre a été magistralement décrite ici même, comme nous l'avons signalé...

La cérémonie d'aujourd'hui célébrait le centenaire. Sous la présidence de M. le préfet de la Haute-Garonne, à côté duquel se trouvaient de nombreuses personnalités marquantes de la région, une réunion eut lieu à l'Orangerie. Tout le personnel de la maison était groupé. De nombreux invités avaient répondu à l'appel du docteur Louis Parant.

Le docteur Louis Parant prend le premier la parole et retrace l'histoire de la maison. Avec une modestie excessive, il parle à peine de sa famille et consacre ses paroles à l'œuvre de Delaye et des religieuses. Après lui, le docteur Cestan, professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse, comble le vide que la modestie de Louis Parant avait laissé et fait

l'éloge de Victor Parant. Enfin, M. le Préfet apporte le bouquet final. Au nom du Ministre de l'Hygiène, il décerne deux médailles d'argent de l'Assistance publique à Mme la Supérieure de la communauté et son adjointe, sœur Honorine, dans la maison depuis 54 ans, et deux médailles de bronze aux deux religieuses qui dirigent l'une le service des dames, l'autre le service des hommes, et qui sont dans la maison depuis plus de 20 ans.

Ainsi, cette journée nous permet de jeter un regard en arrière, mais si nous regardons aussi l'avenir, nous voyons que la maison de santé continue dans la même voie de prospérité. Le docteur Louis Parant poursuit l'œuvre de son père ; les bonnes religieuses sont toujours et inlassablement à la tâche ingrate et sans éclat qu'elles remplissent tous les jours dans la maison de santé depuis 75 ans.

E. CANTEGRIL,

Médecin assistant de la Maison de santé
de St-Cyprien.

Contribution à l'étude de la Psychologie et de la Physiologie pathologique de l'hébéphréno catatonie

LES PHÉNOMÈNES DE LIBÉRATION ET D'AUTOMATISME PSYCHIQUE ET PSYCHO MOTEUR DANS CETTE AFFECTION.

Par H. BARUK et F. MOREL (de Genève)

Depuis quelques années, à la suite notamment des travaux de Bleuler, de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de la dissociation psychique dans la démence précoce. La notion de schizophrénie est devenue peu à peu le point de départ d'une conception nouvelle concernant la pensée des déments précoces, et surtout d'une réaction, à propos de ces malades, à l'égard de la conception classique de la démence. On a insisté notamment sur l'importance non seulement des troubles des associations, mais encore de l'autisme, des perturbations affectives, contrastant avec une intégrité relative de la mémoire, et des fonctions intellectuelles. Cette atteinte élective de l'affectivité expliquerait ainsi le comportement de ces malades, leur fuite devant la réalité, leur autisme, leurs réactions imprévues, et leurs impulsions. En somme, la démence précoce serait avant tout une maladie de « l'instinct », un trouble de « l'élan vital », et par là on pourrait opposer en clinique psychiatrique deux grands groupes très différents de psychoses, celles qui portent sur les fonctions affectives et instinctives, et celles qui portent sur les fonctions intellectuelles, ces dernières constituant les démences organiques classiques. Ainsi, suivant cette conception, la notion

bergsonienne qui consiste à distinguer et à opposer l'intelligence et l'instinct trouverait sa conformation dans les faits cliniques, et c'est sur cette notion qu'a tout particulièrement insisté Minkowski (1) dans son livre récent sur la Schizophrénie.

Bien que cette conception soit extrêmement intéressante, l'étude psychologique des déments précoces (2) nous paraît cependant plus complexe : l'autisme, la perte de contact avec l'extérieur, l'apparence de rêverie morbide sont-ils les éléments fondamentaux du tableau clinique, ou au contraire constituent-ils des symptômes secondaires, relativement accessoires, et en réalité consécutifs à un trouble profond de la synthèse, de la concentration psychique, du contrôle ? En un mot, ne s'agit-il pas plutôt d'une atteinte des *fonctions d'auto-conduction* ; sur lesquelles ont insisté Toulouse et Mignard (3), en montrant à ce sujet un mécanisme psychologique dont la notion nous paraît extrêmement féconde dans l'étude de la démence précoce.

Nous rapportons ci-dessous une observation typique d'hébéphréno-catatonie telle qu'elle a été décrite par Kræpelin. Cette observation dont l'aspect clinique est tout à fait classique, présente, nous semble-t-il un intérêt remarquable par la conservation chez notre malade d'une pénétrante faculté d'analyse, et d'autre part par l'existence d'un fond intellectuel extrêmement riche offrant à l'étude psychologique et clinique des conditions excessivement favorables, et qui nous paraissent tout à fait exceptionnellement réalisées dans l'hébéphréno-catatonie.

Il s'agit d'un malade qui semble illustrer les conceptions actuelles de la schizophrénie, notamment grâce

(1) MINKOWSKI. — *La Schizophrénie*. Paris, Payot, 1927.

(2) Nous conformant à la division clinique établie par notre maître, le Professeur CLAUDE et par ses élèves BOREL et ROBIN, nous n'envisagerons dans ce travail que les cas de *démence précoce vraie*, en laissant de côté les états schizoïdes et schizomaniacques qui ont été décrits et étudiés par le Professeur CLAUDE. *Congrès des Aliénistes et Neurol.*, Genève, 1926.

(3) TOULOUSE et MIGNARD. — L'auto-conduction et les maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, 1908-1912 ; *Ann. méd.-psycholog.*, 1914.

à un autisme apparent. Or, si on observe attentivement ce malade, on s'aperçoit que son autisme est intermittent et secondaire à de véritables déclanchements d'un automatisme mental très spécial, caractérisé par l'inhibition de l'activité psychique volontaire, et la libération d'une activité automatique échappant au contrôle et à la direction du sujet. Ce mécanisme psychologique, ressort très nettement des paroles même de notre malade. Il peut être d'autre part facilement étudié et objectivé en quelque sorte par des examens psychologiques plus précis, par l'étude des associations et par une série de tests : on met ainsi en évidence avec une grande netteté l'atteinte profonde et précoce de l'attention volontaire, de la concentration psychique vers un but donné, de la synthèse, du contrôle, en un mot de toute l'activité psychique réfléchie, dirigée, et adaptée, ainsi que de toutes les fonctions intellectuelles qui nécessitent une élaboration originale, un choix, un effort dirigé et orienté. Au contraire, les fonctions psychiques automatiques sont remarquablement conservées : la mémoire est d'une ampleur étonnante ; la fixation des souvenirs s'opère avec rapidité et sûreté, les associations spontanées se produisent avec une célérité extrême ; le malade apprend fort bien par cœur, mais sans pouvoir résumer ce qu'il a appris. En un mot, inhibition et déficience de l'activité psychique volontaire et dirigée, dissociation entre cette activité volontaire et l'activité automatique qui échappe à son contrôle, libération de souvenirs, de blocs mnésiques, d'associations spontanées, en même temps d'ailleurs que d'associations motrices rythmées, tels sont les caractères dominants qui nous paraissent devoir être mis au premier plan. Quant à l'autisme, il est secondaire à la dissociation ; et dans l'intervalle des crises de blocage et d'automatisme mental, le malade conserve un intérêt à l'ambiance, et même une remarquable curiosité intellectuelle. En somme, chez de tels malades, il est impossible d'opposer des fonctions affectives et des fonctions intellectuelles, qui sont toutes deux touchées. Par contre, il existe une remarquable dissociation entre le fonctionnement psychique

automatique, qui apparaît conservé, et l'activité volontaire, qui est atteinte.

Voici tout d'abord notre observation.

OBSERVATION. — Lel..., 20 ans.

Le malade est entré dans le service de la clinique, le 28 février 1927, pour des troubles nerveux qui s'accusent peu à peu depuis trois ans.

En réalité, de longue date, le malade présente des particularités de caractère : Dès l'enfance, il se montrait froid, renfermé, plutôt hostile. Il était solitaire, ne s'amusait pas comme les autres enfants, n'avait pas d'amis. Il semblait n'avoir pas d'affection pour ses parents. « Mon fils n'avait pas de cœur, dit sa mère, il n'était pas comme tout le monde. » Irritable, il s'entendait très mal avec son frère, et était très indocile avec sa famille. Cependant le malade était extrêmement studieux. Jusqu'à 14 ans, il était le premier de sa classe ; il lisait sans cesse, tout seul, ne prenant aucune distraction comme les autres enfants ; même en vacances, il lisait, ou allait tout seul se promener dans les bois.

Depuis quelques années, ces dispositions d'esprit, se sont insensiblement accentuées, et prirent peu à peu un caractère nettement pathologique : Le malade devint de plus en plus renfermé, et de caractère extrêmement difficile. Il se mit à lire de plus en plus, des livres de sciences, de médecine, et surtout des livres de psychologie qu'il dévorait. Il a lu ainsi la *Personnalité* de Delmas et Boll, des livres de Ribot, des livres sur l'Inconscient, etc... et semblait particulièrement s'intéresser aux ouvrages ayant trait aux maladies mentales. Il méprisait tout travail pratique, s'intéressait surtout aux sciences théoriques, et disait avec dédain à ses parents : « Vous ne cherchez qu'à gagner de l'argent. »

En outre, il modifia peu à peu depuis l'âge de 16 à 17 ans son genre de vie : lui qui autrefois était grand mangeur, se mit à restreindre sa nourriture, devint buveur d'eau, et *végétarien* (système Durville).

Il accusait, d'autre part, des *préoccupations hypocondriaques* : il se disait dégénéré et intoxiqué ; reprochait à ses parents cette tare de naissance, s'inquiétait de sa vue et surtout de sa constipation dont il était extrêmement préoccupé. Il maigrit d'une façon notable (10 kilos environ dit la mère).

Cependant il put jusqu'à environ août 1926, effectuer son

travail ; il travailla successivement comme garçon dans divers laboratoires, puis dans une maison de soieries.

Dès lors, il reste à la maison, mange de moins en moins, s'isole de plus en plus. Enfin, en janvier dernier, il présenta du refus d'aliments complet pendant trois jours, des hallucinations probables (il semblait écouter et disait qu'il communiquait avec la Tour Eiffel) et un premier épisode *catatonique*, qui motiva son entrée à l'hôpital St-Antoine. Il était entré assez brusquement, nous dit sa mère, dans un état d'immobilité absolue, avec une raideur généralisée, et un mutisme complet. Ces symptômes sont d'ailleurs signalés dans le certificat suivant du Dr Pagniez qui l'adressa à Ste-Anne : « Troubles mentaux caractérisés par un état d'inertie, d'indifférence, de refus partiel d'aliments, avec des impulsions, de l'irritabilité, de la catatonie très accusée mais intermittente, ensemble de troubles dont le début remonte à plusieurs mois et qui paraît traduire le développement d'une démence précoce. »

Pas de grandes maladies somatiques dans les *antécédents*, à part une rougeole, et une coqueluche vers 7 ans. Père et mère bien portants, mais le frère du malade, son cadet d'une année, présente des troubles du caractère importants, il est instable, indocile, a fait une fugue de trois semaines. Une cousine du père est morte internée dans un asile après des troubles mentaux prolongés.

Examen à l'entrée, le 28 février 1927. — Notre collègue et ami, le Dr Valence, qui l'a vu à cette date, note les faits suivants : attitude bizarre ; arrive avec son béret sur la tête, et ne l'enlève qu'au bout d'un moment ; répond parfois à la première demande, mais assez souvent fait répéter 4 à 5 fois en demandant : Quoi ? Comment ?... Assez souvent aussi, quand on le questionne, il regarde ailleurs, vers la fenêtre, par exemple, et reste sans rien dire, comme s'il était plongé dans des pensées lointaines. Interrogé, il prétend qu'il ne pensait à rien. Mimique indifférente. Amaigrissement. Pâleur des téguments ; yeux enfoncés dans les orbites avec des expressions variables, tantôt indifférentes, tantôt sournoises, hostiles.

L'interrogation est difficile en raison du trouble *considérable de l'attention* : il paraît à certains moments tout à fait absent « j'entends que vous me parlez, mais je ne vous comprends pas ; c'est comme s'il y avait une barrière entre nous ».

Il se plaint d'avoir éprouvé il y a quelques temps une « sensation de dissociation du moi » « d'éclatement du

crâne ». Explications diverses de ces troubles cénesthésiques : c'est la constipation qui occasionne l'intoxication. Il a lu les *Maladies de la personnalité* de Ribot, et la *Conductibilité nerveuse* de Bechterew. Il parle d'hystérie, de catalepsie. « J'ai des troubles de la cénesthésie... J'ai un changement complet de ma personnalité... J'ai un état de *fakirisme* qui me permet de rire toujours seul. » Attitude calme. Est docile à l'examen. Stéréotypie de la main droite assez fréquemment agitée d'un mouvement traduisant comme une sorte d'impatience.

Le 9 mars 1927. — Attitude correcte ; répond bien aux questions : « Je n'ai jamais désiré quelque chose, je n'ai jamais pu prendre une décision fixe, mon état mental est toujours agité... En ce moment je ne pense pas à grand'chose... C'est parce que j'ai une grande fatigue, tout le temps j'ai une fatigue nerveuse..... Aspect apathique ; parle peu spontanément ; répond simplement aux questions ; il n'a pas l'air de s'inquiéter de son état, qu'il reconnaît cependant nettement morbide.

« J'ai une surexcitation nerveuse ; je ne suis pas à la conversation, jamais je n'ai pu converser avec une personne ; je n'ai pas d'à-propos, je ne peux pas répondre... J'ai un trouble de l'attention et de la mémoire. Je ne peux pas faire attention parce que je suis porté à autre chose qu'à ce qu'on me dit, sauf quand ça m'intéresse, ce qui est assez rare. L'attention est d'ailleurs extrêmement déficiente au cours de la conversation. Le malade semble continuellement distrait, et dit sans cesse : « Comment ? Comment ? »

Donne des précisions sur sa vie, son enfance, mais tous ces événements paraissent dépouillés de contenu affectif, et sont racontés sur un ton d'indifférence.

Le 16 mars 1927. — Brusquement, le malade qui, jusqu'alors se montrait calme et plutôt apathique, entre dans un état d'excitation et de colère. Il va et vient, entre en coup de vent dans la salle de consultation, frappe sur la table, en criant : « On nous enferme tous ici, mais je gueule pour les autres... C'est la Société des Nations qui nous enferme ici... c'est Stéphane Lausanne... Il y a Bazin, c'est un avocat... Il faut le rhumkorff à l'envers, ne pas confondre avec le Rivalta.

D. Qu'est-ce que le Rivalta ?

R. « C'est parce que le Dantec nous emm..., c'est pour cela que j'en parle, il va chercher les scaphandriers de Charles Nordmann... C'est Pallas qui m'en a parlé, le music-hall., rue du 4-Septembre, tout près de l'Opéra... C'est à

cause du Dr Keller un pharmacien de la rue des Pyrénées pour faire dormir, j'ai pris un thé végétal...

« J'ai été obligé, je ne vois que des gourdes qui passent leur temps à fumer. On ne peut pas rester sur les bancs, avec le principe thermodynamique de Carnot qu'ils veulent foutre en l'air, c'est comme cela qu'ils veulent pacifier la France et l'Amérique... c'est comme Gay Lancer mann il était professeur de l'école Arago. »

Il se calme peu à peu, puis parle alors de ses lectures : « L'être subconscient de Gellé, c'est ridicule, mais j'ai su le tourner à ma façon, les maladies de la personnalité de Théodule Ribot, ah, je ne me rappelle plus. »

D. La mémoire n'est donc pas bonne ?

R. C'est qu'on agit sur moi... c'est l'état météorologique. C'est le jour où on ne voyait plus clair en plein jour. C'est de Londres... Je crois qu'ils ont agi avec l'Institut de Curie ; il y a eu des pannes d'électricité dans le quartier de l'Opéra, de la Madeleine... je mélange les choses, je ne sais plus les dates, je me trompe tout le temps dans les dates. Je sais pourtant qu'on est au mois de mars, le 5 mars.

D. En quelle année sommes-nous ?

R. 1925.

D. Mais non, réfléchis.

R. Oui 1927, je m'y comprends plus rien, ah ! oui, c'est le 15 mars 1927, la notion du temps est complètement troublée.

Se plaint de constipation, d'oppression, de mal de gorge. Au fur et à mesure qu'il se calme, les réponses deviennent plus cohérentes. Il dit alors :

« On me tourne la cervelle... on me la borborygme., tout le temps, on me bourdonne dans les oreilles, ça vient du bas, comme du sous-sol, comme s'il y avait des gens qui fassent marcher un charriot... ils s'amuse à bourdonner, à causer. C'est pas distinct du tout. »

D. Te parlent-ils ?

R. Non, pas du tout, mais je demande si cela ne vient pas par répercussion. On lui envoyait également des odeurs au début, des odeurs nauséabondes. On l'empêche de dormir.

D. Ne crois-tu pas que c'est parce que tu es malade ?

R. Non, je sais bien que j'ai de la constipation, mais pour la cervelle, ce n'est pas de la maladie, c'est parce qu'on agit sur moi.

D. Mais qui peut agir ainsi sur toi ?

R. C'est l'état de l'atmosphère.

Dans les mois qui suivent, le malade paraît de plus en plus inerte, et dans un mutisme relatif. La mimique est

immobile, le regard perdu dans le vague ; par moment on note un clignement incessant des paupières ; le malade reste tantôt couché, la tête complètement enfouie sous ses couvertures, tantôt allongé, la tête en semi-flexion avec le signe de l'oreiller psychique, par moments il se tient par terre à genoux, les mains jointes, le regard fixe, dirigé en haut, d'une immobilité impressionnante, comme en extase.

Le 22 octobre 1927. — Le malade est immobile sur son lit, dans le décubitus dorsal, la tête à la place des pieds, ceux-ci sur l'oreiller.

On lui demande pourquoi il s'est placé dans cette position étrange ; il répond qu'il est branché sur un poste de radio-télégraphie. « On me bricole dans le corps, on me prostitue des rats dans l'estomac. » Il a senti brusquement deux rats dans son estomac qui sont remontés dans sa gorge et sont disparus. C'est de la magie... On agit sur sa tête, on lui écrase la tête ; on l'hypnotise sans arrêt. « On me prostitue des monches devant les yeux. »

Hallucinations auditives : on lui dit du mal de ses parents ; il entend cela par les oreilles. Cela vient de partout. Sa pensée est arrêtée ; il ne peut plus penser.

Idées de négation : il n'a plus d'estomac ; c'est un creux. Il n'y a plus rien. La tête est vide également.

A l'examen on trouve des éléments du syndrome catatonique : conservation excessivement prolongée des attitudes segmentaires s'accompagnant d'un aspect soporeux du malade. Réflexes de posture tantôt indéfinis, tantôt rapides, avec décontraction en échelon.

Les examens ultérieurs montrent le syndrome d'influence avec automatisme mental, accompagné ou non de stéréotypies, de mouvements automatiques rythmés, et de réceptions stéréotypées.

Le 29 octobre. — Le malade débite sans arrêt et sur un ton de récitation rapide des notions scolaires. Il dit : « Il y a trois sortes d'os, les os longs, les os courts, les os plats ; il y a trois sortes d'os, etc... », répétition indéfinie ; puis : « Il y a trois sortes de dents, les incisives, les canines, les molaires, etc... »

Tout d'un coup, il s'arrête de parler, et claque des mains avec une brusquerie, une rapidité mécanique.

Le 26 décembre 1927. — Le tableau clinique est maintenant dominé par les stéréotypies motrices et par les réceptions verbales stéréotypées.

Les stéréotypies motrices sont d'aspect variable : il exé-

cute avec une rapidité extraordinaire des mouvements en avant des bras et des avant-bras, avec accompagnement du tronc. Ce mouvement se produit avec un rythme et une rapidité parfaite, comme une machine. Les bras décrivent un véritable mouvement de bielle comparable à celui d'une locomotive marchant à vive allure. Le malade souffle, est rouge, couvert de sueurs. Au bout de 4 à 5 minutes il s'arrête brusquement, et débite tout à coup sur un ton de récitation rapide :

« La ligue antialcoolique, Boulevard St-Germain, Bon Monsieur le général André ; la ligue antialcoolique, Boulevard St-Germain, etc... », répétition interminable et extrêmement rapide.

Arrêt brusque, puis claquements mécaniques des mains. puis il reprend brusquement : « Monsieur le Médecin, Monsieur Frey, Monsieur le Médecin, Monsieur Frey, etc... » Les paroles sont débitées sur un rythme très scandé ; il appuie longuement sur les diphtongues *cin* de médecin, et sur Frey ; puis, tout d'un coup, il se met à battre la mesure de la main droite, en scandant avec sa main les paroles suivantes, longtemps répétées : « Monsieur le Président, Monsieur Charles Vurpas, Monsieur le Président, Monsieur Charles Vurpas, etc... »

Il se met à battre la mesure de plus en plus vite, dans un rythme effréné, criant : « Cher Monsieur le Professeur, Monsieur Claude, l'inconscient, l'inconscient, la subconscience, la fonction sexuelle du Dr Berntein, psychogastrique, châtelara, psychogastrique, châtelera, etc... » Il s'arrête enfin, épuisé, couvert de sueur.

A noter que les mouvements stéréotypés ne sont arrêtés par aucun ordre, par aucune parole. Par contre on les arrête souvent net en *déplaçant un segment de membre, en levant le bras, en tournant la tête...*

Les jours suivants les récitations *monotones et rythmées* reprennent sans arrêt.

En voici quelques exemples sur lesquels nous marquons les longues et les brèves :

Ceci représente la glande bēpatiŋue (répété 10 fois),

La muqueuse membraneuse qui enveloppe la cornemuse de l'estomac est le pēritoine ; son inflammation constitue la pēritonite.

Voici la sainte évangile chrétienne de Monsieur l'Abbé.

(Répété et rythmé avec des mouvements de la main).

La loi de Mariotte des vapeurs et des gaz.

Les paroles prononcées devant lui provoquent immédiatement des associations. On dit devant lui : « Les souvenirs sont bien enregistrés. » Il se met alors à dire : « L'enregistreur Richard... » (répété 8 fois).

Le 3 février 1928. — Le malade est assis les mains jointes ; le faciès est absolument immobile ; les lèvres semi-entr'ouvertes ; le regard lointain, perdu dans le vague ; les lèvres dessinent un léger sourire, absolument figé. L'ensemble du faciès est totalement dépourvu de vie ; on dirait une véritable statue ; dans une attitude hiératique, rappelant certaines statues égyptiennes, ou certaines attitudes extatiques.

Il parle sur un ton monotone, comme dans une récitation ou plutôt sous forme d'une litanie, les dents serrées, et les mots peu articulés.

« Ou m'étouffe, dit-il, on me serre la gorge, la nuit ; une jeune fille est au-dessus de lui et l'étouffe avec un appareil... J'ai la gangrène dans la tête... ».

« *Je ne suis qu'un mort...* Comment va-t-on m'enlever mon état religieux ? Je ne vis pas. On m'a donné la mort par le sommeil artificiel. »

Tout d'un coup, survient un éclat de rire brusque, strident. Il dit alors : « Je ris comme Georges B... (un autre dément précoce qui est dans un lit voisin)... J'ai le même réflexe... J'ai le même syndrome que lui... Il rit tout seul, tout d'un coup. »

D. Pourquoi l'imites-tu ?

R. Je ne le fais pas exprès ; ça vient tout seul. Il y a deux ans, je riais devant un enterrement, ça m'ennuyait. »

Tout d'un coup, le faciès redevient fixe, puis brutalement réapparaît un rire explosif. « On me donne toujours l'impression de partir ; je me mets sous mes draps pour dormir ; M. Mussolini d'Enghien me parle sans cesse, je l'entends, il me déblatère. On me persécute en me disant quelque chose ; toutes mes idées sont persécutées ; *mes champs d'idées sont persécutés...* »

« Je ne peux pas parler ; je n'ai jamais su parler. Il me faudrait un petit mécanisme pour parler comme les autres. On en fait une maladie de ne pas pouvoir parler à cause de ma gangrène... »

« *Je ne fais que répondre à des questions... je ne peux pas parler tout seul.* »

D. Pourquoi ne peux-tu pas parler ? Est-ce ta langue, ou tes lèvres qui ne marchent pas ?

R. Non, c'est parce que *je n'ai pas d'idées*. Qu'est-ce que c'est que d'avoir une idée ? Je ne sais pas ce que c'est.

D. Quand tu es seul dans ton lit, tu as bien des idées qui te viennent ?

R. Non, c'est parce *qu'on m'en donne*, mais je n'en ai pas, *je ne saurais pas en émettre des idées*. C'est bien simple, c'est comme si j'étais tout seul au monde... Il ne me reste plus rien ; je n'ai plus d'attache à rien... ma famille, c'est comme si c'était indifférent ; mon petit frère Georges est passé comme moi.

D. Qu'est-ce que tu as ?

R. Ce que j'ai, *je ne suis pas en vie ; je suis comme une pancarte...* il y a une salivation, ça se fait tout seul., et puis l'envie de bâiller.

D. Qu'est-ce qui se passe dans ta tête quand tu es immobile ?

R. J'aimerais tourner ma tête à droite, et je m'en empêche. C'est comme cela pour tous mes mouvements. Je ne pense plus à rien (immobilité complète).

D. Pourquoi fais-tu ces gestes répétés ?

R. Je ne pouvais plus rester au lit. J'étais une « suspension ». C'est l'idée tout d'un coup qui me vient. Elle vient de moi, ça me fait plaisir.

D. Pourquoi fais-tu ces gestes ?

Répète les questions, puis il dit : « Quand je frappe des mains, c'est *pour me faire revenir dans la salle ; je n'y suis pas en esprit*. Je suis en état latent ; c'est informe, difforme. *Ça fait un certain bruit acoustique qui me fait me retrouver dans la salle*.

Le 4 avril. — Malade enfoui sous ses couvertures, les yeux fermés, avec un clignement des paupières. Dit soudain, « Je suis mal, je suis mal, faites-moi une piquûre pour que j'aille mieux ».

Le malade est le plus souvent d'une *docilité remarquable* pour tous les examens ou explorations : passivité parfaite lors de la ponction lombaire.

Suggestibilité. On lui fait une P. L. en lui disant que cela va le libérer de ses troubles. Aussitôt la ponction faite, il dit « c'est fini ».

16 avril. — Malade immobile sous ses couvertures ; facies vague ; ne répond à aucune question. Semble complètement absent ; opposition ; négativisme.

17 avril. — Le malade est présent, répond bien aux questions.

D. Pourquoi ne parlais-tu pas hier ?

R. Je ne pouvais pas faire attention à ce que vous me disiez... *je ne pouvais pas fixer ma pensée*.

D. Entendais-tu ce que je te disais ?

R. Oui, mais tout juste... je suis comme une boîte à jeter.

Le malade s'intéresse avec une *vive curiosité* à ce qui se passe dans la salle : il regarde avec attention l'appareil Pachon, et suit de très près la prise de la tension artérielle à un malade voisin ; il pose des questions sur le fonctionnement de l'appareil ; mais brusquement se produisent des éclipses de l'attention qui se produisent sur le facies : celui-ci se fige brusquement dans l'expression qu'il avait au moment où est survenue l'éclipse, c'est-à-dire dans l'expression d'un regard attentif.

Une autre fois, le malade se fige dans l'expression de l'attente (cf. photo), attente du coiffeur.

Examen neurologique et biologique

Nous avons insisté longuement précédemment sur la mimique et l'expression physionomique. La *marche* mérite d'être décrite : le plus souvent, le malade marche sur la pointe des pieds, avec un équinisme marqué. En même temps, il écarte sa base de sustentation et place ses bras en abduction, on dirait qu'il cherche à se livrer à des exercices « d'équilibre ». De même, il reste parfois très longtemps dans la position debout sur la pointe des pieds, position qui, pour un sujet normal, serait excessivement fatigante.

1°. EXAMEN DES FONCTIONS D'ÉQUILIBRATION. — Il n'existe, à un examen précis, aucun trouble réel de l'équilibre : le malade est au contraire très stable, malgré les positions inconfortables qu'il adopte. On peut se rendre compte non seulement par l'examen clinique, mais encore par l'inscription graphique que les *réflexes d'altitude* générale fonctionnent absolument normalement et en particulier le signe de la poussée du jambier antérieur de Foix et Thévenard est net (nous avons reproduit dans notre travail avec MM. Claude et Thévenard sur le syndrome moteur de la démence précoce catatonique des courbes très caractéristiques à cet égard) (1).

L'*examen labyrinthique* pratiqué par le Dr Aubry (en dehors des périodes catatoniques) montre des réactions galvaniques et caloriques normales.

Nous n'avons jamais constaté de réflexes de Magnus et Kleyn.

(1) A. CLAUDE-BARUK et THÉVENARD. — Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale*, décembre 1927.

2° EXAMEN DES RÉFLEXES DE POSTURE SEGMENTAIRES. — Les réflexes de posture segmentaires de ce malade ont été explorés à de nombreuses reprises tant au niveau du jambier antérieur que du biceps. Ils présentent les caractères sur lesquels nous avons insisté dans notre travail précité : tantôt le pied est maintenu presque indéfiniment dans la position imprimée et ne peut être relâché, tantôt la déconcentration est rapide et brusque. Outre cette variabilité, on constate parfois que la réponse du jambier se fait avant même que le déplacement du pied ait été effectué ; il y a d'ailleurs eu le plus souvent une réponse en bloc du jambier et des extenseurs, et non une réponse exactement en rapport avec le mouvement passif imprimé.

Au biceps, le réflexe de posture existe, mais n'est nullement exagéré. A certains moments, on constate également à ce niveau une contraction active qui précède même le déplacement segmentaire passif du bras. Cette contraction n'est donc pas du type du réflexe de posture vrai.

3° LES RÉFLEXES TENDINEUX sont normaux aux membres inférieurs et supérieurs. Pas de clonus, pas de signe de Babinski. Les réflexes cutanés, crémastériens et abdominaux sont vifs. Pas de signes cérébelleux dans les épreuves classiques, lorsqu'on peut les faire effectuer au malade.

Les pupilles sont égales, réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Aucun trouble objectif au niveau des nerfs crâniens.

4° EXAMEN DE LA MOTILITÉ. — A. *Tonicité musculaire* très variable ; tantôt normale, tantôt on observe une résistance active, nullement systématisée et dans laquelle la raideur musculaire présente une distribution en rapport avec le mouvement que l'on cherche à imprimer au malade, et de la résistance de ce dernier à ce mouvement. A certains moments, il existe un relâchement musculaire généralisé.

La *chronaxie* de divers muscles mesurée par M. Bourguignon a été trouvée normale.

B. *Motilité volontaire*. Lorsqu'on peut fixer l'attention du malade et obtenir qu'il exécute les mouvements commandés, on ne constate aucun trouble moteur réel ; l'exécution du mouvement est même d'une précision et d'une rapidité remarquables.

Par contre, on constate une *perturbation considérable de l'initiative motrice* : tantôt le malade est absolument immobile et présente un *négativisme* marqué ; couché, il reste dans le décubitus dorsal ; debout, il se tient sur la

pointe des pieds ; si on le pousse, il n'avance qu'à chaque poussée et en s'arc-boutant au sol.

D'autres fois, et depuis quelques mois, c'est le cas le plus fréquent, le malade présente une *passivité extrême* : il exécute tous les ordres, avec une rapidité, une ponctualité mécanique. Au commandement, il se couche sur le lit, se met à quatre pattes, se place dans les positions les plus étranges, exécutant servilement tout ce qui lui est ordonné. On constate en même temps une *docilité extrême* : veut-on lui faire une injection intra-veineuse, il tend son bras ; une ponction lombaire, il se place immédiatement dans la position voulue. Très souvent, il présente en outre aux mêmes moments une suggestibilité remarquable et parfois une tendance à l'écholalie : on lui dit : « Cette piqûre va te faire du bien », il répète : « ah oui, cela va me faire du bien » ; on lui dit : « Tu es guéri maintenant », il dit aussitôt : « ah oui, je suis guéri », etc.

Pas de troubles sensitifs.

Pas de troubles sphinctériens.

5° EXAMEN DU SYSTÈME SYMPATHIQUE ET NEURO-VÉGÉTATIF. — Le réflexe pilo-moteur est très vif, mais égal des deux côtés.

Tr. vasculaires et thermiques.

Examen labyrinthique pratiqué à deux reprises par le Dr Aubry. Un premier examen en juin 1927 s'est montré normal (au galvanique et au calorique).

Un deuxième examen pratiqué le 28 mai en pleine poussée catatonique a montré une hypoexcitabilité accentuée, analogue à celle que nous avons signalée au cours de la catatonie avec MM. Claude et Aubry (1).

Réflexe oculo-cardiaque : 65-60.

Réflexe solaire : presque nul.

6° EXAMEN VISCÉRAL ET BIOLOGIQUE. — L'examen clinique des différents organes est négatif.

Cœur normal. T. A. : 15-9.

Poumons, rien d'anormal, ni à l'examen clinique, ni à l'examen radiologique ; on note seulement des ombres hilaires assez marquées, des bases normales, et un faible jeu thoracique.

Courbe des urines : 1 l. 1/2 par 24 heures.

Urines : normales.

Ponction lombaire.

Le 9-11-1927 : Tension en position couchée au moment de

(1) CLAUDE, BARUK et AUBRY. — Soc. de Biologie, 22 mai 1927.

l'introduction de l'aiguille dans les espaces sous-arachnoïdiens 30 ; en attendant la tension baisse peu à peu par à coups et tombe au bout de 4 minutes à 10.

Albumine : 0,15 centigr.

1,6 élément mmc. à la cellule de Nageotte.

Pandy négatif.

Wassermann négatif.

Benjoin négatif.

La *réaction de Vernes* a été pratiquée à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, et a été négative tant au point de vue syphilis que tuberculose.

Nutrition : pas de modifications importantes dans l'aspect physique du malade au cours de l'évolution de la maladie. On n'a pas constaté notamment les alternatives d'amaigrissement et d'obésité si fréquentes chez de tels malades.

Métabolisme basal : exploré à trois reprises, il montre les chiffres de 33,4, 30,4 et 32 soit une diminution de 18,5 0/0 ; 25,8 0/0 et 21,9 0/0.

7° EPREUVES PHARMACODYNAMIQUES. — *Epreuve de la scopolamine* : aucune modification des troubles moteurs après injection sous cutanée de 1 mg. 25 de scopolamine. Nous n'avons pas constaté non plus d'apparition de signe de Babinski après la scopolamine, comme on peut l'observer souvent chez les Parkinsoniens.

Epreuve du somnifène (sera décrite à la fin de ce travail).

III

Examen psychologique

Par une première série de tests nous avons examiné la *mémoire* de notre malade. Nous nous sommes servis du test de Toulouse-Weinberg, légèrement modifié par l'un de nous (1), qui permet d'apprécier assez exactement l'état de la capacité de fixation, d'une part, d'évocation, d'autre part. Des 15 figures qui lui ont été présentées, le malade en a énoncé 9 à la 1^{re} évocation, 3 à la 2^e, et 8 à la 3^e. La moyenne de ces trois évocations irrégulières est relativement élevée : 6,6, qui est l'*indice d'évocation*. Le nombre total des figures fixées sur les 15 est 11, qui est l'*indice de fixation*.

(1) Pour la technique de ce test cf. H. BARUK. *Les Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*. Paris, Doin, 1926.

Le malade était capable d'une observation très précise, presque pédante, par exemple, le coq était reconnu Coq de Houdan, et le cheval, Cheval Percheron. Et les figures, ainsi enregistrées avec précision, avec rapidité, sans apparence d'effort, ni même d'attention, restaient fixées dans la proportion de 11 sur 15 et étaient évoquées avec rapidité, et exactitude, lorsque brusquement se produisait un arrêt qu'annonçait le malade en disant : « c'est tout », et en effet, il restait complètement muet à partir de cet arrêt.

En ce qui concerne la perception dans ses rapports avec l'interprétation, nous nous sommes servi du test de Rorschach (1), qui nous a donné en gros les indications suivantes (nous laissons à dessein de côté les finesses d'interprétation de ce test) : les temps de réaction sont très irréguliers, c'est-à-dire que la réaction était souvent très rapide, ou alors le malade restait immobile et muet, et alors il fallait attendre la fin de ce barrage pendant lequel tout processus psychique semblait suspendu.

L'interprétation, qui est conditionnée par l'attention et la perception entre autres, se fait avec la plus grande irrégularité. Parfois — les conditions d'attention se trouvant comme par hasard remplies — le malade perçoit tantôt un ensemble, tantôt un détail qu'il interprète de façon très « cohérente ». Mais ces conditions d'attention sont rarement remplies, et l'inertie psychique ne permet plus que des réponses stéréotypées, sans aucun rapport apparent avec la figure à interpréter.

L'appoint kinesthésique de l'interprétation semble réduit à zéro (Rorschach constate le même fait chez les « schizophrènes stéréotypés ») et l'interprétation prenant son point de départ dans une perception purement statique, tend surtout vers la définition à caractère neutre, impersonnel, scolaire, didactique.

Nous avons enfin étudié l'idéation et l'association des idées en notant les associations soit provoquées, soit libres de notre malade.

Voici quelques spécimens d'associations provoquées. Ils sont reproduits dans l'ordre. Le mot inducteur est entre crochets :

1. [Lumière] 8" : M. Thomson-Houston.

2. [Eau] 6" : Gaz d'éclairage.

(1) H. RORSCHACH. — *Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments.* Bircher, Berne et Zurich, 1921.

3. [Mère] 9^m : Grand-papa Charles.
4. [Long] 5^m : Deux barquettes aux fraises couleur cerise.
5. [Arbre] 2^m : Cerisier.
6. [Femme] 5^m : Petit garçon.
7. [Ecole] 4^m : De la Ville de Paris.
8. [Marcher] 4^m : D'Aligre.
9. [Nombre] 2^m : Chiffre.
10. [Rapide] 5^m : Bordeaux-Bayonne.
11. [Homme] 3^m : Gustave de la Fouchardière.
12. [Voler] 5^m : Epervier.
13. [Colère] 2^m : Patience et persévérance font plus que force et que rage.
14. [Poil] 7^m : Tanin.
15. [Chaleur] 1^m : Lumière.
16. [Savoir] 2^m : Gai-Savoir.
17. [Liberté] 5^m : Egalité, Fraternité.
18. [Rome] 3^m : Venise.

A première vue ces *associations provoquées* ont absolument l'apparence de l'idéation d'un normal. Les réponses se sont montrées très variées, avec un appoint didactique assez important. A la répétition le malade varie des réponses dans une forte proportion, bien qu'il se souvienne de sa réponse du premier tour.

Lorsqu'on le ramène sur des points qui paraissent litigieux, on obtient une justification précise de l'association. Ainsi pour le N° 1 : [qui est M. Thomson-Houston ?]. — « Un Monsieur de la foire de Paris. Un grand ingénieur électricien ».

Au N° 8 : [d'Aligre ?]. — « Un marché de la rue Beccaria ».

En résumé le malade ne donne au mot inducteur que des réponses cohérentes, justifiées, « logiques », lorsque subitement se produit une de ses stéréotypies verbales, dont le déclenchement ne s'explique pas. Ainsi lors d'une répétition il répondit au mot Arbre (5^m) : « Il y a trois sortes de dents que nous avons tous et qui sont : les incisives, les canines et les molaires ».

Quant aux *associations spontanées*, dont nous avons noté un grand nombre, nous ne pouvons ici que reproduire quelques fragments qui illustreront l'idéation de notre malade, lorsqu'elle est livrée à elle-même.

24 février. — Il commence spontanément, sans aucune incitation : — « Qu'a fait Christophe Colomb ? [Il répète

4 fois]. Il a découvert l'Amérique. Qu'a fait Franklin ? (bis) Franklin inventa le paratonnerre. Qu'a fait Parmentier (bis) ? Parmentier apporta la pomme de terre en France. Ma tante Ernestine (répète 7 fois) prépare sa compote d'haricots. La pyrocathéchine, l'hydroquinone et le gélatino-bromure d'argent servent la révélation en photographie... avec l'hyposulfite de soude. » [Ces 4 derniers mots sont dits sur un rythme plus rapide et répétés 4 fois].

18 février. — Plat, assiette, théière... moulin à café, carafé dans une assiette creuse... sellière... service à huile et à vinaigre... un pot à moutarde [rire explosif]... boîte aux clous de girofle... 3 coquetiers japonais... une miche de pain [rire]... un rond de serviette en argent... [ferme les yeux]... la suspension... une rallonge de table..., etc. — Cette série, que le malade a commencée et poursuivie spontanément est faite d'éléments mnésiques enregistrés chez sa grand'mère, semble-t-il. — Il a fallu le pousser après chaque mot par un « et puis ! », sinon il restait inerte.

Voici une série que le malade a faite tout d'une traite : Long... système métrique, l'unité de longueur est le mètre, le décamètre égal 10 mètres, l'hectomètre égal 100 mètres, le kilomètre égal 1.000 mètres, le myriamètre qui vaut 10.000 mètres. Et les unités décimales du mètre qui sont : le décimètre qui est la 10^e partie, le cm. qui est la 100^e partie, le mm. qui est la 1.000^e partie du mètre. — La mesure de capacité est le litre, le décalitre égal 10 litres, l'hectolitre égal 100 litres, le kilolitre égal 1.000 litres, le myrialitre égal 10.000 litres et les mesures décimales du litre, le décalitre qui est la 10^e partie, le centilitre, qui est la 100^e partie, le millilitre n'existe pas. Le stère est la mesure... « [arrêt, mutisme, immobilité, rire. — Pourquoi ris-tu ?]. — « On me présente un petit rat dans une main droite chez ma mémère T. à S. » [Il ne sait pas à qui est cette main ; il n'y a pas de bras, la main est toute seule. Ce rat est gris châtain à poil brillant. Il reste tranquille].

D'autres séries sont l'énumération de camarades de classe à telle époque, de ses patrons dans telle place, des médecins de tel hôpital. Et les éléments de ces diverses séries ont en général un encadrement verbal stéréotypé, ainsi : « Bonjour M. X, que j'aime beaucoup ! Bonjour M. Y, que j'aime beaucoup !, etc. ».

Ces quelques exemples montrent que l'idéation spontanée a une tendance remarquable à se faire selon des blocs à des systèmes d'une très grande homogénéité. La systématisation se fait selon l'acquisition scolaire, selon l'acquisition

professionnelle ou selon les acquisitions au cours de l'existence, et ici l'ordre chronologique et topographique est respecté au plus haut degré.

Ces éléments mnésiques d'un bloc se dévident avec une apparence d'automatisme, sans effort. Ils trouvent une expression verbale précise, brève et ils s'associent d'élément à élément à l'état brut. Le sujet ne semble pas prendre position, ne pas modifier, ne pas critiquer ni juger. Parfois même il semble ne pas saisir le sens réel de cette idéation d'aspect si cohérent. D'autre part, si l'on cherche à lui faire traduire en prose ce qu'il récite en vers, il s'en montre à peu près incapable. Pour peu qu'on l'oblige à cet effort, on arrive même à provoquer un état d'irritation tel, que le malade prend l'initiative de lever la séance.

Il y a parfois passage brusque d'une série à une autre d'un ordre tout différent. Ainsi son système métrique est tout d'un coup interrompu par une autre idéation d'apparence écmnésique (le rat dans la main).

En général ces séries sont brusquement interrompues par du mutisme, ou par un rire explosif.

Il y a des répétitions nombreuses, — 2, 10, 20 fois, — fragments par fragments, selon un rythme remarquablement constant. La cadence peut être invariable au cours de toute une séance. Parfois on note 2 cadences différentes qui interfèrent. Ce rythme est souvent accompagné d'un mouvement synchrone de la main droite, le corps restant par ailleurs dans une immobilité parfaite.

Parfois on note une stéréotypie psychomotrice associée à la fois verbale et graphique : le sujet épèle et trace les lettres de son index dans l'espace, le tout de façon rythmée et répétée.



En somme, il s'agit d'un malade actuellement âgé de 20 ans, présentant dès l'enfance un caractère solitaire, renfermé, adonné presque exclusivement à la lecture et à l'étude. La maladie est survenue progressivement, et pour ainsi dire insensiblement, depuis environ 4 à 5 ans. Elle a été marquée par une longue période d'allure neurasthénique, caractérisée par de la fatigue et des préoccupations hypochondriaques, mais bientôt entrecoupée de troubles du caractère, avec de l'irritabilité, quelques impulsions, puis par un petit épisode catatonique d'ailleurs très passager qui motive l'entrée du malade à l'Asile, il y a un an et demi.

Depuis lors, on assiste à l'apparition d'un syndrome d'influence avec des phénomènes hallucinatoires actifs, des troubles cénesthésiques, des hallucinations auditives, olfactives, psychiques, etc... puis, peu à peu, apparaissent et se détachent de plus en plus des signes de désagrégation psychique (récitations verbales stéréotypées, débit de blocs de souvenirs scolaires), associés à des stéréotypies motrices rythmées, à des épisodes cataleptiques, à des modifications profondes de la mimique, bref à la constitution d'une série d'éléments catatoniques.

Comment interpréter ces divers symptômes et quelle est leur genèse ? Nous étudierons successivement à ce sujet :

1° L'exploration de l'état mental et l'analyse psychologique du malade.

2° L'étude neurologique et physiologique du syndrome moteur catatonique.

3° Nous montrerons ensuite dans une vue d'ensemble comment on peut concilier dans une certaine mesure les données de l'exploration mentale et motrice dans la pathogénie de l'hébéphréno-catatonie.

I

Exploration de l'état mental

Si l'on admet certaines tendances actuelles concernant la psychologie des schizophrènes, on peut caractériser le cas de notre malade de la façon suivante : il s'agit d'un jeune homme présentant dès l'enfance une constitution schizoïde typique ; la maladie n'a été que l'exagération progressive de cette constitution ; elle s'est manifestée par l'accentuation de plus en plus marquée des attitudes autistiques, la prédominance de la vie intérieure, la tendance à la rêverie morbide, enfin la discordance entre une activité intellectuelle conservée et une perturbation du comportement. Enfin, l'existence de troubles affectifs, d'impulsion, de haine familiale, per-

mettrait d'expliquer la genèse de cette désagrégation psychique et de la rattacher à des complexes affectifs plus ou moins refoulés et remontant à l'enfance.

Reprenons dans le détail les différentes constatations sur lesquelles sont basées les interprétations psychologiques que nous venons d'envisager.

a) ANALYSE DES TROUBLES INTELLECTUELS

On nous dit tout d'abord qu'il existe une discordance entre l'affectivité de notre malade qui est profondément touchée et ses fonctions intellectuelles qui sont conservées. Sur quoi se base-t-on pour affirmer chez ce malade l'intégrité de l'intelligence ? Sa mémoire, nous dit-on, est excellente. Le fait est certain, nous ajouterions même que sa faculté de fixation et d'évocation mnésique est supérieure à la normale. Il suffit de se reporter aux résultats des tests psychologiques que nous avons effectués pour se rendre compte de ce fait. Le malade enregistre tout impeccablement, et sans aucun effort d'attention. L'étendue de ses souvenirs est également extrêmement impressionnante : le malade nous débite des paragraphes entiers de manuels d'histoire, de géographie, d'histoire naturelle, de psychologie, avec une précision et une sûreté parfaites. La quantité de mots et de phrases qu'il a pu enregistrer est formidable. Nous n'avons pu, par suite des limites de ce travail, n'en reproduire dans l'observation que quelques exemples, mais bien que nous suivions ce malade depuis plus d'un an et demie, nous ne sommes pas sûrs d'être encore arrivé aux limites de ses connaissances verbales, qui, d'ailleurs, sont encore parfaitement susceptibles de s'accroître.

Mais si l'on regarde les faits de plus près, on voit que ces fonctions intellectuelles en apparence si remarquables n'ont trait qu'à l'accumulation de matériaux d'ordre purement verbal. Le malade débite mécaniquement et impeccablement des paragraphes de manuel, mais il est totalement incapable d'en expliquer le sens, ni même d'en résumer approximativement le contenu.

Il apprend par cœur une page quelconque d'imprimé, mais il est impuissant à raconter ce qu'il vient de réciter. Ses connaissances s'arrêtent à la lettre, l'esprit en est absent.

D'autre part, veut-on essayer de provoquer chez ce malade un effort intellectuel quelconque, même très modéré, on s'aperçoit très vite qu'il existe des *troubles considérables de l'attention volontaire* : ces troubles étaient extrêmement apparents dès le début de la maladie ; ils se traduisaient par un aspect de distraction perpétuelle, des « comment, comment » qui interrompaient continuellement la conversation ; d'ailleurs, le malade a parfaitement conscience de ce trouble et s'en plaint lui-même : « Je n'ai pu converser avec une personne, dit-il, je ne peux pas répondre... J'ai un trouble de l'attention et de la mémoire. *Je ne peux pas faire attention parce que je suis porté à autre chose qu'à ce qu'on me dit.* »

Il est d'ailleurs impossible d'obtenir du malade des explications même sur des faits qu'il semble connaître admirablement. Il dit lui-même qu'il ne peut pas fixer sa pensée. Il ne peut pas, pour répondre à une question donnée, évoquer à volonté les nombreuses notions qu'il a emmagasinées ; il faut que celles-ci se déroulent automatiquement, d'une façon imprévue et indépendante de sa volonté. En d'autres termes, le malade ressemble à un riche qui posséderait une immense fortune, mais qui serait dans l'impossibilité totale d'en utiliser la moindre parcelle. On nous accordera qu'il est difficile de parler en pareil cas d'une intégrité de l'intelligence. Celle-ci ne consiste-t-elle pas justement dans ces phénomènes subtils d'association dirigées, voulus, dans cette élaboration adaptée, en vue d'un but, dans cette utilisation harmonieuse, souple, rationnelle des matériaux de notre vie psychique ? Chez notre malade, celle-ci se réduit à des matériaux inertes, formés parfois de blocs étendus, mais qui restent morts sans lien réfléchi, qui se déroulent d'une façon purement automatique.

b) LA CONSERVATION DE L'INTÉRÊT AFFECTIF

Sans doute, nous objectera-t-on que cet affaiblissement intellectuel n'est qu'apparent, qu'il est dû à l'accaparement de la personnalité du sujet par « des conflits affectifs ». L'exploration du malade ne nous a permis de découvrir ni « complexe », ni « conflit » affectif. Certes le comportement de notre malade semble traduire assez souvent une certaine indifférence affective, un retranchement de la réalité ; on pourrait croire en effet que le malade est absorbé à ces moments par un rêve intérieur. Mais regardons-le de plus près. Tout d'abord, nous remarquerons que si nous suivons ce malade minutieusement dans sa vie quotidienne, nous constatons qu'à certains moments il présente un intérêt très vif à l'ambiance, et même une curiosité intellectuelle remarquable : c'est ainsi que nous l'avons vu suivre avec beaucoup d'intérêt la prise de la tension artérielle chez un malade voisin ; un autre jour, il regardait très attentivement le fonctionnement d'un appareil photographique ; il nous posait même des questions sur le maniement de l'appareil. Bien plus, ce malade nous a fait certaines réflexions qui font preuve d'un sens d'observation, et d'un intérêt à l'ambiance remarquable. C'est ainsi qu'il nous a dit qu'il était exactement semblable à l'un des malades de la salle, le malade B... « Je ris comme Georges B..., nous dit-il, j'ai le même réflexe..., j'ai le même syndrome que lui. Il rit tout seul tout d'un coup..... Je ne le fais pas exprès ; ça vient tout seul. Il y a deux ans, je riais devant un enterrement, ça m'ennuyait. » Or, rien n'est plus juste que cette remarque. Le malade Georges B... est également atteint d'hébéphrénocatatonie et présente en effet un rire tout à fait analogue à celui de notre malade.

c) LA MIMIQUE ET LA FAUSSE DISCORDANCE

Notre malade s'intéresse donc à certains moments d'une façon très vive à ce qui l'entoure, mais, lorsqu'on

peut l'observer à ces moments précis, on voit que cet intérêt est brutalement suspendu. Il suffit de suivre sa mimique. Tout récemment, alors que le malade nous regardait avec un certain air éveillé manier l'appareil photographique, tout d'un coup, nous vîmes sa figure se figer dans l'expression même d'intérêt qu'il avait quelques secondes avant. Une autre fois, on le trouva ainsi figé durant des heures dans l'expression de l'attente. Le malade ce jour-là attendait impatiemment le coiffeur. Ses traits exprimaient cette attente. Tout d'un coup, sa figure ne bougea plus et l'expression demeura comme si brusquement la pensée s'était retirée, en laissant la mimique immobilisée dans son expression. C'est ainsi qu'on peut expliquer les expressions de sentiment ou d'*émotions figées* que l'on observe souvent chez les hébéphréniques. Nous avons ainsi insisté dans un travail récent sur l'expression chez un catatonique de la « colère muette ». Il ne s'agit pas dans de pareils cas d'une véritable discordance au sens où l'entendait Chaslin ; la mimique traduit bien réellement le sentiment du malade, mais elle persiste très longtemps, alors que ce sentiment a disparu.

d) LES PHÉNOMÈNES DE SUSPENSION DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE

Il se produit en effet, de brusques éclipses de l'activité volontaire, éclipses qui ne se traduisent pas par une modification de la mimique et de l'attitude, mais qui sont capitales à étudier pour la compréhension de la démence précoce. Reprenons l'étude de notre malade. Nous lui causons, il nous répond, sourit, puis tout d'un coup reste immobile dans l'attitude présentée, gardant un sourire figé, semblant plongé dans de profondes réflexions et absent du monde extérieur. Est-il vraiment à ce moment plongé dans un rêve intérieur, ou bien s'est-il produit tout simplement une suspension transitoire de son activité psychique ? Les paroles de notre malade sont précieuses pour nous renseigner sur ce point. Elles s'appliquent d'ailleurs

aussi bien aux éclipses passagères que nous venons de citer, qu'aux périodes moins brusques et plus prolongées d'autisme apparent.

Quel est son état mental à ce moment ? « Je ne suis qu'un mort... dit-il... Comment va-t-on m'enlever mon état religieux ? Je ne vis pas. On m'a donné la mort par le sommeil artificiel.

...Je ne suis pas en vie..., « je suis comme une pancarte ». Une autre fois il nous dit « je suis comme une boîte ». Et il ajoute parlant de ses mouvements stéréotypés « quand je frappe des mains, c'est pour me faire revenir dans la salle ; je n'y suis pas en esprit. Je suis en état latent. C'est informe, difforme. Ça fait un certain bruit acoustique qui me fait me retrouver dans la salle ». Ces expressions sont profondément intéressantes : elles nous montrent que durant ces moments d'immobilité et d'autisme, le malade présente les apparences en quelque sorte d'une « suspension de la conscience » (1). Cette suspension n'est évidemment pas totale ; elle n'est pas comparable à la perte de connaissance de la syncope, du coma, ou du mal comitial. La conscience persiste, peut enregistrer des perceptions d'une façon automatique, mais elle est engourdie, anesthésiée, et c'est cet état que le malade traduit en disant « je suis comme un mort ».

D'ailleurs, le *facies* de ces malades (exception faite des cas où il a été pris et figé au cours d'une expression déterminée) est très caractéristique, durant notamment certaines crises catatoniques : le visage est profondément immobile, et absolument sans expression vivante. Cet aspect du facies est pour nous pathognomonique. Il ne se retrouve à notre connaissance dans aucune autre affection ni en médecine mentale ni en neurologie. Il ne ressemble nullement

(1) Ce phénomène peut être, dans une certaine mesure, rapproché du « sentiment pénible d'étrangeté intérieure sur lequel insistent DIDE et GUIRAUD, mais il y a autre chose chez notre malade qu'un sentiment d'étrangeté, il y a la conscience d'une suspension de la pensée. »

ni au faciès obnubilé de la stupeur confusionnelle, ni à celui du coma, ni du sommeil, ni au faciès de la crise comitiale, ni au faciès figé des parkinsoniens. Chez le catatonique, on a l'impression d'une véritable statue, rappelant parfois certaines statues Egyptiennes. C'est ce que nous appelons « le faciès hiératique ». On dirait que toute vie s'est retirée du malade, du moins toute vie psychique, car la vie organique persiste avec une régularité parfaite. Et nous voyons que cet aspect du faciès correspond bien vraiment à un vide de la pensée : « Je suis un mort, nous dit notre malade, je ne pense à rien ». — D'autres malades nous ont fait des réflexions analogues : « Je n'ai plus rien dans la tête, nous dit le malade M..., je suis arrêté, je ne pense à rien » ; « Je suis endormi, nous dit le jeune B..., réveillez-moi, je ne vis pas ».

On voit donc, que chez de tels malades, l'apparence du rêve intérieur, ne correspond en fait, autant que nous puissions connaître l'état mental de nos malades, qu'au vide, à l'inhibition de l'activité psychique volontaire.

Ces troubles si particuliers de la conscience sont, à notre avis, de la plus haute importance.. Ils traduisent des phénomènes que l'on peut observer d'ailleurs à titre épisodique, non seulement dans la démence précoce, mais encore dans certaines manifestations hystériques: en particulier dans ce que nous avons désigné avec le Pr. Claude, sous le nom de *Crises de Catalepsie* (1). Ces crises, qui simulent grossièrement le sommeil, mais qui s'en différencient très nettement par l'impossibilité de réveiller le malade, surviennent souvent brusquement, et se caractérisent par une immobilité totale, souvent accompagnée de conservation des attitudes segmentaires. Ces crises, qui rappellent de très près les phénomènes décrits autrefois sous le nom de sommeil hystérique, s'observent tantôt

(1) CLAUDE et BARUK. — Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie de la catatonie. *Encéphale*, mai 1928 (à paraître).

associées à des manifestations hystériques nettes (paralyse, troubles moteurs) et curables comme ces dernières par la suggestion, tantôt dans les prodromes de la catatonie. Or, si l'on interroge les malades, au sortir de ces crises, la plupart insistent sur leur impression de mort, d'impossibilité d'action volontaire. Ils entendent tout, mais ne peuvent remuer, à un degré de plus, ils croient avoir perdu connaissance, mais en réalité ils ont enregistré inconsciemment tout ce qu'on a dit autour d'eux. En un mot, il s'agit dans ces cas d'une véritable dissociation entre l'activité psychique volontaire qui est suspendue et l'activité automatique qui est conservée. En somme il s'agit dans ces crises d'une atteinte passagère des fonctions de direction psycho-motrice. Chez les déments précoces, on observe, mais à un degré plus profond et plus prolongé, des phénomènes du même ordre, et nous ne saurions trop insister sur ces mécanismes d'inhibition de la vie psychique volontaire, et sur son rôle dans la détermination des attitudes autistiques.

e) LES PHÉNOMÈNES DE LIBÉRATION ET D'AUTOMATISME PSYCHIQUE

Mais cette inhibition de la direction psychique volontaire est très souvent associée à une véritable libération des fonctions psychiques automatiques. Ce fait est particulièrement net au cours des crises de catalepsie et présente plusieurs degrés. Très souvent il se traduit par le *mentisme*. C'est ainsi qu'une de nos malades qui avait plusieurs crises de catalepsie, à la suite desquelles elle évolua vers un tableau de démen- ce paranoïde nous disait au sortir de la crise « il y avait à ce moment des quantités d'idées ; il y en avait d'une façon effrayante. C'était terriblement fatigant. C'était accaparant. J'étais assaillie par les pires immondices d'idées. C'était un poste récepteur de T. S. F. » etc...

Les parentés du mentisme et de l'automatisme men-

tal sont très étroites, et dans l'observation que nous rapportons dans ce travail, nous trouvons associées aux troubles de la conscience et de la direction volontaire que nous venons d'analyser, des manifestations très nettes d'*automatisme mental* dont nous allons maintenant préciser l'aspect et la nature.

L'AUTOMATISME MENTAL

Il n'est pas douteux que notre malade présente à de nombreuses reprises des manifestations de l'ordre du *syndrome d'influence et de l'automatisme mental* : certains jours son attitude est manifestement celle d'un halluciné ; il semble écouter, il se couche dans les positions les plus extraordinaires pour échapper, dit-il, aux ondes électriques. « On me tourne la cervelle, dit-il, on me la borborygme, tout le temps on me bourdonne dans les oreilles ; ça vient du bas, comme du sous-sol, comme s'il y avait des gens qui fassent marcher un chariot..., ils s'amuse à bourdonner, à causer. C'est pas distinct du tout. » On lui envoie à certains moments des odeurs, on l'empêche de dormir ; on l'hypnotise, on agit sur sa tête, on lui « prostitue » des mouches devant les yeux, etc...

Nous retrouvons donc dans cette attitude et dans ces paroles les signes habituels du syndrome d'influence, mais ce syndrome présente certaines particularités importantes. Tout d'abord, les idées délirantes sont à peine ébauchées, tout à fait inconsistantes, elles ne représentent, peut-on dire, qu'une simple expression de troubles cénesthésiques, et la notion de l'action à distance, de l'action extérieure est tout à fait au second plan chez ce malade. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre. M. de Clérambault (1) a longuement insisté sur ce caractère des syndromes d'influence au cours de la démence précoce : le délire y est à peine ébauché, inconsistant et ce caractère s'explique par

(1) DE CLÉRAMBAULT. — *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Blois, 1927,

l'affaiblissement psychique de ces malades, par leur incapacité à expliquer leurs troubles cénesthésiques par des réactions délirantes. Mais, il n'y a entre de tels syndromes et les délires d'influence véritables qu'une différence de terrain, le mécanisme initial est le même et réside surtout dans les troubles cénesthésiques et dans l'automatisme mental.

Quelle est la nature exacte et la constitution de cet automatisme mental chez notre malade ? Si nous l'apalysions d'un peu près, nous remarquons qu'il n'existe pas chez lui de véritable sentiment d'automatisme sur lequel ont insisté divers auteurs au cours des délires d'influence (Séglas-Ceillier) (1) et aussi au début de la démence précoce (Abely) (2). Nous ne trouvons pas davantage chez notre malade l'existence d'intrusions dans la pensée, d'éléments athématiques, mécaniques, qui constituent un des éléments du syndrome de de Clérambault, ni même ces phénomènes mentaux parasites en discordance avec le cours normal de la pensée, et éprouvés comme non personnels sur lesquels a insisté Guiraud (3) dans les délires chroniques.

Chez notre malade ce que l'on trouve, c'est le propre contenu de sa pensée, ses souvenirs scolaires, ses idées, ses acquisitions intellectuelles qui réapparaissent d'une façon automatique dans le champ de la conscience, et d'une façon indépendante de sa personnalité. Autrement dit, le malade *assiste au déroulement du contenu de sa pensée en simple spectateur* impuissant à provoquer ce déroulement, à l'arrêter, ou à le diriger. Aussi a-t-il l'impression que les idées qui lui viennent dans la tête *ne sont pas émises* par lui. « Je ne peux pas parler, nous dit-il, je n'ai jamais su parler ; il me faudrait un petit mécanisme pour parler comme les autres... Je ne fais que répon-

(1) CEILLIER. — Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale*, mars, avril et mai 1924

(2) ABÉLY. — Les symptômes liminaires de la démence précoce. *Soc. méd. psychol.*, 28 juin 1926 ; *Ann. méd. psychol.*, juillet 1926.

(3) GUIRAUD. — Les délires chroniques. Hypothèses pathogéniques contemporaines, *Encéphale*, novembre 1925,

dre à des questions, je ne peux pas parler tout seul. »

Pourquoi, lui demandons-nous, ne peux-tu pas parler. Est-ce ta langue, ou tes lèvres qui ne marchent pas ?

Non, répond-il, c'est parce que *je n'ai pas d'idées*. Qu'est-ce que c'est que d'avoir une idée ? Je ne sais pas ce que c'est. Et comme nous lui disons qu'il doit bien avoir des idées qui lui viennent à l'esprit quand il est seul il nous répond : « Non, c'est parce qu'on m'en donne ; mais je n'en ai pas, *je ne saurais pas en émettre des idées*. »

Ces paroles de notre malade sont extrêmement intéressantes. Elles nous montrent que la véritable scission se trouve non pas entre le malade et le monde extérieur comme pourrait le laisser croire son apparence d'autisme, mais entre la personnalité du malade et les matériaux de sa propre vie psychique. Non seulement la direction psychique volontaire est inhibée, mais encore elle est isolée, séparée des automatismes et des matériaux mnésiques sur lesquels elle reste sans action. On peut ainsi comprendre ce que peut éprouver le malade ainsi séparé de son propre contenu psychique, on peut saisir ainsi sur le vif son impossibilité de s'extérioriser, de s'adapter au monde extérieur de diriger et de concentrer des moyens qui se trouvent complètement indépendants de son action volontaire. Le syndrome d'influence en pareil cas, n'est que la traduction de cette scission intra-psychique...

En un mot, nous constatons chez ce malade une *véritable libération* du contenu psychique par rapport au contrôle et à la direction consciente. Il s'agit donc bien là d'un véritable *automatisme mental*. La notion d'automatisme traduit en pareil cas non pas des phénomènes d'irritation locale ou de pénétration d'éléments étrangers au psychisme, mais une simple séparation de la propre pensée du malade en blocs indépendants. La notion d'automatisme mental ainsi comprise est tout à fait analogue à la notion d'automatisme telle qu'elle est conçue en neurologie ; l'automatisme

tisme médullaire par exemple consiste dans la libération de l'activité propre de la moëlle qui n'est plus contrôlée par les centres supérieurs ; en ce qui concerne l'activité psychique, on peut donc constater une libération analogue d'une activité psychique automatique soustraite au contrôle central.

Ces phénomènes d'automatisme mental et de libération tels que nous venons de les entendre, sont non seulement apparents chez notre malade par l'examen clinique, mais ils peuvent être remarquablement mis en évidence et précisés par une série de *tests psychologiques*. Nous en avons donné les principaux résultats à l'observation et nous ne ferons ici que quelques remarques d'un ordre plus général.

f) RÉSULTATS DE L'EXPLORATION
PAR LES TESTS PSYCHOLOGIQUES :

*troubles de l'attention volontaire, rapidité
et enchaînement des associations,
faux aspects de confusion*

En ce qui concerne l'attention, il nous paraît intéressant de comparer les résultats du test de *Toulouse-Weinberg* que l'un de nous (1) a obtenus dans la démence précoce d'une part, dans la confusion mentale par hypertension intra-cranienne d'autre part. Ces résultats apparaissent nettement opposés.

Dans la confusion mentale l'indice de fixation peut être relativement élevé, mais à condition de solliciter constamment l'attention volontaire du malade. Quant à l'indice d'évocation il est particulièrement bas. En un mot le trouble porte avant tout sur l'attention spontanée et sur les fonctions de fixation automatique, tandis qu'il laisse intacte la fixation volontaire.

Dans la démence précoce, au contraire, la fixation

(1) H. BARUK. — *Loc. cit.* Thèse, Paris, 1926.

Ces notions ont été confirmées récemment par VERMEYLEN : le déficit mental au cours des tumeurs cérébrales. *Journal de Neurol. et de Psych.* au 27 nov, 1927, p. 698.

spontanée et l'évocation automatique sont excellents, tandis que l'attention volontaire est fugace et inefficace.

Nous croyons nécessaire d'insister sur ces caractères opposés qui *distinguent très nettement la Confusion mentale vraie des troubles qui peuvent la simuler à première vue au cours de la D. P.*, mais qui se rattachent à un processus entièrement différent.

En ce qui concerne l'idéation de notre malade, nous voudrions rapidement en souligner quelques caractères.

En premier lieu on n'y trouve aucune incohérence. L'idéation se poursuit selon des séries d'une grande homogénéité. Nous en avons donné quelques exemples à l'observation, et nous avons noté qu'elle s'effectuait selon l'enregistrement, chronologique et topographique remarquablement respecté.

Ce fait nous explique cette apparence d'*ecmnésie* qu'arrive à prendre parfois son idéation (cf. Observation). Mais on ne peut parler d'*ecmnésie* vraie, car le malade n'a pas l'illusion de revivre la situation qui sous-tend l'idéation automatique.

Le phénomène de dévidement est surtout voisin du *mentisme*, mais d'un mentisme émancipé, complètement séparé du sujet.

Les séries d'associations sont interrompues parfois par des *stéréotypies*, et c'est de là que provient l'aspect d'incohérence que peut revêtir le comportement verbal de notre malade. Mais ces stéréotypies prises en elles-mêmes n'ont aucune trace d'incohérence. Elles respectent au contraire au plus haut degré l'intégrité du souvenir — didactique scolaire en général — qu'elles expriment. Celui-ci, et nous y insistons, ne subit pas de déformations particulières, il est intact dans son objectivité ; il est même tellement dépouillé de toute déformation subjective, qu'il paraît comme sans rapport quelconque avec le sujet.

Tous ces différents phénomènes que nous venons de passer en revue montrent *bien que nous n'avons pas affaire à un simple trouble élémentaire des associa-*

tions, mais qu'il s'agit beaucoup plus d'un trouble du contrôle — ou de la régulation si l'on veut — de ces processus associatifs.

Ce relâchement du contrôle, ce trouble de la direction de la pensée réalise un aspect que l'on pourrait avoir la tendance à identifier au rêve, ou à la rêvasserie ou à l'autisme. Mais nous sommes dans des conditions physiologiques absolument différentes de celles du sommeil et du rêve, par conséquent dans un ordre de faits différents.

D'autre part quand nous analysons l'ensemble de son idéation — les stéréotypies verbales y comprises — *nous n'y retrouvons nullement les lois propres de la « pensée autistique »* que l'on a cru pouvoir décrire :

1° Le monde extérieur ne s'en trouve pas exclu ; il y est même au contraire abondamment exprimé en des schémas rigides, impersonnels.

2° Cette idéation n'a pas un caractère particulièrement egocentrique. Nous dirions même que c'est le manque d'egocentricité qui nous frappe.

3° Nous ne trouvons pas trace d'une logique spéciale telle qu'on en a décrite dans la pensée symbolique.

4° Enfin absolument rien ne nous autorise à prétendre que notre malade éprouve un plaisir particulier à se complaire dans son idéation, dont nous venons d'énumérer les caractères.

Nous ne pensons dès lors pas pouvoir prétendre qu'il va chercher « un refuge » dans un « monde irréel ».

Nous admettons au contraire une émancipation véritable, une libération, qui laisse apparaître des processus automatiques.

Cette conception tient compte du double aspect clinique : série de phénomènes négatifs d'une part, positifs d'autre part.

II

Etude des troubles moteurs

CATATONIE, STÉRÉOTYPIES RYTHMÉES

ETUDE NEUROLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Nous venons donc de mettre en évidence tant par l'examen clinique que par l'exploration psychologique, l'existence chez notre malade de phénomènes de *libération psychique* avec prédominance d'une activité automatique.

Si nous examinons maintenant les divers troubles moteurs présentés par notre malade, nous voyons qu'ils s'expliquent également par un mécanisme analogue de libération. Nous avons à de nombreuses reprises souligné dans notre observation la fréquence des stéréotypies rythmées. Ce sont tantôt des mouvements rapides des mains, tantôt de véritables mouvements de bielle comparables par leur rapidité, leur rythme leur régularité à ceux d'une machine à vapeur. Ces mouvements peuvent survenir seuls, ou être combinés à des récitations verbales stéréotypées, dont ils épousent étroitement le rythme. Parfois le malade récite indéfiniment la même phrase en en martelant toujours de la même façon; les syllabes avec un mouvement de bras comme s'il battait la mesure. C'est ainsi par exemple qu'il récite à certains moments la phrase suivante, en la répétant sans cesse, et en la scandant d'accents, et de mouvements du bras que nous avons inscrits sous la forme de brèves et de longues :

Ceci représente la glande hépatique.

Le caractère essentiel et vraiment très frappant de tous ces mouvements, aussi bien que des récitations verbales, c'est le *rythme* absolument régulier, monotone et mécanique. Ce caractère rythmique traduit évidemment la mise en œuvre d'un mode d'activité inférieure et automatique. Toutefois, il est nécessaire

à ce sujet, de préciser un peu plus l'aspect clinique de ces mouvements rythmiques.

Un certain nombre d'auteurs tant en France qu'à l'étranger, ont tenté ces dernières années d'assimiler les mouvements anormaux, et les troubles moteurs observés au cours de la catatonie à ceux qui sont décrits en neurologie dans les lésions mésocéphaliques, et dans des altérations des noyaux centraux. Si séduisante que soit cette hypothèse, nous avons montré avec MM. Claude et Thévenard (1) dans un travail récent basé sur une série de recherches cliniques, neurologiques et physiologiques que cette assimilation ne saurait être admise. Les résultats notamment de l'exploration méthodique des réflexes de posture, des réflexes d'attitude, des courbes électromyographiques, et des épreuves pharmacodynamiques montrent des différences très importantes, malgré une analogie superficielle, entre le syndrome moteur catatonique et les syndromes mésocéphaliques. En ce qui concerne notre malade, il est de toute évidence que les mouvements anormaux observés chez lui sont fort différents des mouvements choréiques ou athétosiques, ou même de l'instabilité motrice observée dans certains syndromes neurologiques. Les mouvements de notre malade sont infiniment plus complexes plus coordonnés ; ils rappellent un geste volontaire, tout en différant d'un tel geste par leur rythme, leur aspect mécanique et stéréotypé. Aussi peut-on penser que de telles manifestations motrices peuvent plutôt s'expliquer par une sorte d'inhibition du psychisme avec libération de processus moteurs, et de syncinésies complexes. Cette conception a d'ailleurs été développée par Kretschmer (2) qui a fait de ces mouvements rythmiques de la catatonie une remarquable étude. « La situation psychique du sujet, écrit Kretschmer, est caractérisée par un mélange de vouloir actif, de passivité, et d'impassibilité, comme s'il assis-

(1) CLAUDE, H. BARUK et THÉVENARD. — Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale*, déc. 1927.

(2) E. KRETCHMER. — *Psychologie médicale*, Payot, 1927.

tait en simple spectateur à des mouvements que son corps effectuerait à son insu. La pensée éveillée elle-même, lorsqu'elle est relâchée par suite de lassitude ou d'ennui, offre parfois de belles stéréotypies motrices : le sujet se balance sur la chaise, tambourine, tourne les pouces, trace sur des feuilles volantes des signes dans lesquels apparaissent en outre les primitives tendances optiques à la stylisation, à la disposition géométrique, à la symétrie, à la répétition uniforme. Dans ces cas encore, la situation a pour note dominante la passivité, la main effectuant les mouvements à l'insu du sujet, ou, tout au moins, avec la participation insignifiante, imperceptible de sa volonté active. »

Il en est de même de la conservation des attitudes segmentaires, ou phénomène de *catalepsie locale*. Nous avons insisté longuement sur le mécanisme physiologique de ce phénomène (1). Nous en rappellerons sommairement les éléments principaux à propos de notre malade. Supposons par exemple que nous plaçons le pied de notre malade en flexion dorsale. Nous constatons à certains moments que cette position est gardée presque indéfiniment. Deux hypothèses sont possibles pour expliquer ce fait ; on peut supposer tout d'abord que le déplacement du pied a provoqué d'une façon réflexe la contraction du jambier antérieur et des extenseurs des orteils, contraction accentuée et prolongée. Il s'agirait alors d'une excitation d'ordre articulaire, ayant provoqué une contraction réflexe, autrement dit d'un *réflexe de posture prolongé* comme on peut l'observer chez un parkinsonien. Il s'agirait en pareil cas d'une action locale proprio-ceptive, indépendante du psychisme. Or, que voyons-nous si nous étudions avec soin un tel phénomène chez notre malade hébéphrénocatatonique : un premier caractère qui frappe tout de suite c'est que le phénomène est variable, tantôt le pied

(1) CLAUDE, BARUK et THÉVENARD. — *Loco citato*.

reste immobilisé indéfiniment; tantôt il retombe de suite. D'autre part, la contraction du jambier et des extenseurs se fait souvent dès l'ébauche du mouvement, on dirait même qu'il précède le mouvement passif imprimé au pied du malade, et par conséquent il ne peut être consécutif à une véritable excitation réflexe. Enfin, tandis que chez un parkinsonien la décontraction est lente, prolongée, chez notre catatonique elle se fait souvent brusquement par ressauts successifs (1). On voit donc qu'un simple examen clinique un peu minutieux met en évidence dans un tel phénomène une participation psychique importante. Cette participation psychique, nous l'avons décelée d'une façon objective dans nos *courbes électromyographiques*, et nous avons montré l'importance des modifications que l'on peut imprimer à la catalepsie par des diversions psychiques appropriées. Enfin, certains *agents pharmacodynamiques* comme la *scopolamine* qui annihilent le réflexe de posture, et qui par suite font disparaître l'immobilité parkinsonienne, restent sans aucune action sur la catatonie. Toutes ces constatations sont extrêmement nettes sur des inscriptions graphiques, et nous ne faisons que rappeler tous ces faits pour montrer que la conservation des attitudes chez un tel malade ne peut pas s'expliquer par un facteur local, réflexe ni musculaire, mais par certaines modifications de la conscience.

Or, nous avons déjà insisté à maintes reprises sur cette inhibition de la conscience volontaire, cet arrêt de la pensée qui survient chez notre malade, et qui se traduit par l'immobilité du facies, la passivité, les stéréotypies rythmées. La catalepsie s'explique en grande partie pensons-nous par le même mécanisme : elle représente en quelque sorte un *oubli des membres dans la position où on les a placés*. On voit

(1) Nos recherches sur ce sujet confirment celles de Delmas MARSALET. Cf. *Soc. de Biol.*, 9 nov., 1926. Les réflexes de posture dans la démence précoce catatonique. Etat catatonique et volonté.

donc, qu'il s'agit non d'un trouble moteur isolé, mais d'un trouble *psycho-moteur*.

Que la substitution d'une activité motrice rythmée et statique à l'activité motrice normale traduise la prédominance de fonctions motrices plus anciennes et plus inférieures, cette hypothèse est fort plausible, et est en tout cas conforme aux données actuelles de la physiopathologie nerveuse (1). Mais cette substitution, et cette dissociation est d'un ordre plus élevé que celle des syndromes striés et mésocéphaliques ; et elle traduit des phénomènes de libération atteignant les fonctions psycho-motrices supérieures.

III

Application des données précédentes à la pathogénie de l'hébéphréno catatonie

Les faits que nous venons d'exposer ne sont pas particuliers à l'observation que nous venons de rapporter. Nous nous sommes limités dans ce travail à l'étude de cette observation pour mieux illustrer dans leurs détails et leur aspect concret, les diverses recherches que nous avons poursuivies sur la démence précoce. Nous allons maintenant résumer les points principaux qui nous paraissent résulter de nos études à ce sujet, et sur lesquelles, nous désirons insister.

Suivant les conceptions actuellement courantes, la démence précoce représenterait avant tout une maladie de l'instinct, de l'affectivité. C'est cette atteinte élective de l'élan instinctif et affectif plus ou moins déformé ou perturbé qui entraînerait secondairement la désorganisation psychique, et la dissociation. D'autre part, cette conception pourrait s'appuyer dans une certaine mesure sur les données physiologiques récentes concernant le mésocéphale et les noyaux de

(1) Cf. Kianier WILSON. — L'ancien et le nouveau système de la motricité. *Archives of Neurology and psychiatry*, avril 1924, p. 285.

la base : le trouble catatonique serait en relation avec l'atteinte de ces noyaux (1), dont l'importance et le nombre des centres végétatifs permettrait de comprendre l'intensité des troubles affectifs.

Cette vaste conception très intéressante contient peut-être une part de vérité, mais elle ne saurait être admise dans cette forme absolue.

Tout d'abord, en nous plaçant au point de vue clinique, nous venons de voir combien il est difficile d'interpréter certaines observations par une atteinte primitive de fonctions affectives et instinctives. Nous venons de montrer d'ailleurs que la distinction entre l'affectivité et l'intelligence est difficilement applicable à des faits aussi complexes que ceux de la démence précoce. Cette distinction constitue comme l'a fait si justement remarquer Ségla (2), un vestige de la psychiatrie philosophique basée plus sur l'introspection et sur des données théoriques que sur l'exploration clinique. Or, en clinique, nous voyons chez de tels malades une atteinte importante de la synthèse mentale, du contrôle, de la concentration, de toute la vie psychique réfléchie et dirigée. Cette atteinte a d'ailleurs été signalée, et mise en évidence par les beaux travaux de Ségla (3), de Sérieux (4), de Masselon (5), etc... Les troubles affectifs et intellectuels sont profondément intriqués, et il est extrêmement difficile de les subordonner artificiellement les uns aux autres.

Par contre, ce que nous montre beaucoup plus nettement la clinique et la physiologie pathologique, c'est la distinction entre une activité psychique élémentaire, automatique, et une activité supérieure diri-

(1) Cette conception a été en France particulièrement défendue par M. GUIRAUD. Conception neurologique du synd. catatonique. *L'Encéphale*, 1924, p. 571 et *Paris Médical*, 1927.

(2) Voir à ce sujet la préface du livre de Deron sur « *Le Syndrome maniaque* », Doin, 1927.

(3) SÉGLA. — Démence précoce et catatonie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1902.

(4) SÉRIEUX. — La démence précoce. *Revue de Psychiatrie*, juin 1902.

(5) MASSELON. — Psychologie des déments précoces. *Thèse Paris*, 1902.

gée, adaptée, spontanée, et mettant en œuvre surtout des processus d'attention volontaire, de concentration, d'inhibition, de contrôle, processus désignés et étudiés par MM. Toulouse et Mignard sous le nom d'auto-conduction (1). Or, ces processus sont particulièrement touchés, nous semble-t-il, dans la démence précoce ; leur atteinte entraîne secondairement une libération de l'activité élémentaire, inférieure, tant instinctive, que mnésique, et motrice. Dans un grand nombre de cas, la libération instinctive apparaît au premier plan, et c'est ainsi que le tableau clinique est dominé par des impulsions, des haines familiales, des perturbations affectives diverses, que l'on serait tenté au premier abord de prendre pour la cause de la maladie, mais qui n'en sont en réalité que l'effet. L'importance respective des perturbations affectives ou mnésiques dans le tableau clinique est variable suivant chaque malade, et dépend de sa constitution, et de sa formation psychique. Dans l'observation que nous venons de rapporter, qui a trait à un pur autodidacte, dont toute l'activité a été tournée dès l'enfance vers l'emmagasinement de notions didactiques, la libération porte à peu près uniquement sur des phénomènes mnésiques. Ce caractère nous permet d'étudier avec beaucoup plus de précision le processus qui entre en jeu, et de déceler l'existence d'un véritable automatisme mental réalisé par l'inhibition de l'activité de concentration volontaire, et de libération des matériaux mnésiques abandonnés à un déroulement automatique.

En ce qui concerne *les troubles moteurs* d'ordre catatonique, nous avons montré dans un travail récent, vec MM. Claude et Thévenard, toutes les différences qui les séparent des troubles analogues observés au cours des lésions mésocéphaliques, et en particulier des troubles reposant sur une atteinte des fonctions posturales élémentaires.

En dehors des données neurologiques ou physiolo-

(1) TOULOUSE et MIGNARD. — *Loco citato*.

giques que nous avons rappelées plus haut à ce sujet, la différence principale entre ces deux ordres de troubles réside dans la participation du psychisme : dans les lésions mésocéphaliques, la personnalité du malade est dans une grande mesure conservée et lutte contre un barrage moteur ; chez le catatonique au contraire, le psychisme fait corps avec le trouble moteur. Les mouvements anormaux ont un caractère complexe, d'allure volontaire. La rigidité quand elle existe, prend la forme d'une opposition active. L'immobilité et la catalepsie traduisent une sorte de suspension d'oubli psychique.

Mais cet aspect volontaire n'est qu'une apparence. Il est lié surtout au niveau élevé sur lequel porte le processus pathologique : celui-ci ne se limite pas en effet, comme dans les lésions organiques localisées, à l'atteinte d'un simple mécanisme moteur individualisé, il touche la clef de voûte de la motilité, c'est-à-dire l'activité volontaire, psycho-motrice.

Ainsi donc la distinction entre les affections dites organiques et la démence précoce ne repose, pas tant sur la nature des facteurs étiologiques et sur l'opposition des facteurs d'ordre anatomique ou psychogène, que sur le *niveau hiérarchique différent* des processus qu'elles mettent en œuvre : les premières atteignent surtout des automatismes spécialisés et plus ou moins localisés, les secondes frappent les fonctions psychiques et psycho-motrices supérieures, synthétiques et volontaires. Mais ces *fonctions psycho-motrices supérieures peuvent être atteintes par des processus de même nature, infectieux, toxiques etc., que ceux qui déterminent les affections organiques classiques*. L'intrication du trouble psychique et moteur en pareil cas ne suppose nullement une précession et une dépendance du second par rapport au premier.

Cette notion a d'ailleurs été soulignée par K. Wilson (1) dans ses belles études sur la rigidité décéré-

(1) K. WILSON. — *On decerebrate rigidity in man and the occurrence of tonic fits*, Brain, 1920, p. 220.

brée principalement dans ses rapports avec l'hystérie : « Si nous nous représentons, écrit-il, le degré le plus superficiel de la dissociation hystérique qui intéresserait le niveau des neurones transcorticaux, les mouvements libérés auront *un aspect volontaire et complexe* ressemblant à une activité motrice normale, sans qu'il y ait en elle toutefois une participation pleinement consciente ; si de même nous supposons que la désintégration fonctionnelle descende à des niveaux de neurones moins élevés, nous devrions nous attendre à observer des phénomènes morphologiquement analogues à ceux de la rigidité décérébrée, ce qui en fait est précisément le cas. De cette façon, les mouvements actuels de certaines crises hystériques modérément graves, reçoivent une explication physiologique, et illustrent des désordres de fonction que nous avons associés aux facteurs qui déterminent la décérébration humaine organique. »

Nous avons pu, avec M. le Professeur Claude, dans des recherches récentes que nous ne faisons qu'indiquer ici, vérifier d'une façon objective et frappante dans la démence précoce catatonique cette notion de dissociation et de libération survenant à des niveaux différents. Nous avons utilisé avec M. le Professeur Claude (1), à cet effet, ce qu'on peut appeler « l'épreuve du somnifène ». On sait l'action narcotique extrêmement rapide et impressionnante de ce médicament, notamment lorsqu'il est injecté par voie intra-veineuse. Mais, ce qui est moins connu, nous semble-t-il, c'est son action sur certains systèmes du névraxe. Cette action est à peine perceptible chez les sujets normaux : on note seulement en pareil cas, un état de narcose avec résolution musculaire ; tout au plus peut-on remarquer parfois une certaine tendance à la pronation des membres supérieurs, qui n'a d'ailleurs rien de caractéristique.

Chez un certain nombre de catatoniques au

(1) CLAUDE et BARUK. — L'épreuve du somnifène dans la catatonie. *Société de Psychiatrie*, mai 1928,

contraire, nous avons pu dans les mêmes conditions observer dans l'heure environ qui suit l'injection, des phénomènes successifs, traduisant des processus de libération de plus en plus profonds, qui déterminent au début, quoiqu'en pleine narcose, *des réactions complexes et ressemblant à des gestes ou à des mouvements volontaires*, puis ensuite des signes évidents de rigidité décérébrée. Sans rappeler ici les diverses expériences que nous avons faites à ce sujet, qui sont d'ailleurs encore en cours, et que nous exposerons plus tard, nous indiquerons dans ce travail les résultats qu'a donnés cette épreuve chez le malade dont nous venons de rapporter l'observation.

Nous avons fait à ce malade à jeun une injection intra-veineuse de 8 cc. de somnifène. Aussitôt après l'injection, le malade semble s'endormir, les yeux se ferment, mais la tête reste encore maintenue dans la position de l'oreiller psychique. Trois minutes après, on note des mouvements de la mimique : le facies s'épanouit dans un vaste sourire, la bouche s'élargit au maximum, les paupières restant à moitié baissées. L'ensemble du facies donne l'impression d'un sourire béat, mais figé. Puis surviennent quelques rires explosifs. La tête tombe enfin sur l'oreiller, le malade semble dormir profondément, la respiration est régulière et suspicieuse.

Cinq minutes après l'injection, apparaissent *des gestes et des mouvements stéréotypés et rythmés* tout à fait comparables à certains des mouvements présentés par le malade à l'état de veille : le malade penche sa tête en avant d'une façon rythmique en même temps qu'il *avance ses mains comme s'il faisait le geste de prendre quelque chose* ; puis quelques minutes après il étend ses bras en l'air et décrit avec lenteur et majesté de grands mouvements de circumduction. Le réflexe cornéen est très faible à ce moment.

Une demi heure après, le malade est absolument immobile, dans une narcose profonde, la bouche entr'ouverte, le réflexe cornéen complètement aboli. A ce moment deux faits importants frappent l'atten-

tion : le malade n'est pas en état de résolution musculaire ; il présente une contracture très nette prédominant à la racine des membres, et particulièrement accentuée au niveau des épaules. En outre, on note une *attitude de décérébration* très nette : les membres supérieurs sont étendus comme des attelles rigides le long du tronc, en hyperpronation, la paume de la main tournée en dehors, la main fléchie sur l'avant-bras. Les membres inférieurs sont en extension.

Les réflexes tendineux sont conservés. Le réflexe plantaire est en flexion. Le réflexe pilo-moteur est très intense. La verge est en érection.

L'excitation cutanée, le pincement des membres supérieurs déterminent un mouvement complexe, d'allure volontaire toujours le même, le bras et la main venant frotter le visage.

Trois quarts d'heure après l'injection, l'attitude de décérébration est encore plus nette. On note une contraction énergique des muscles de la racine scapulaire et des pectoraux qui se dessinent sous la peau. Cette contraction s'exagère considérablement aux moindres excitations cutanées, notamment lorsque celles-ci portent sur le territoire du membre supérieur. Ces excitations déterminent de véritables renforcements toniques exagérant aux membres supérieurs l'attitude de décérébration, provoquant en outre une élévation et un rapprochement des épaules, enfin déterminant aux membres inférieurs un mouvement de rotation interne forcée et d'adduction. Ce spasme tonique est d'ailleurs nettement plus marqué du côté gauche, particulièrement au membre supérieur. L'excitation cutanée d'un côté détermine des spasmes bilatéraux, mais ceux-ci sont toujours plus marqués à gauche quel que soit le côté sur lequel ait porté l'excitation.

Une heure enfin après l'injection, on constate que le pincement de la face dorsale du pied détermine une ébauche de mouvement de triple retrait du pied, de la jambe et de la cuisse. Le réflexe plantaire est toujours resté en flexion.

Ainsi nous avons pu suivre chez un tel malade au fur et à mesure que se développait l'influence du médicament, une série de manifestations motrices successives mettant en œuvre des centres de moins en moins élevés : au début, nous observons soit spontanément, soit à la suite d'excitations cutanées des stéréotypies motrices, et des gestes complexes d'aspect volontaire. Et cependant au même moment la conscience était manifestement abolie.

Plus tard, nous voyons apparaître une rigidité décérébrée typique analogue à celle obtenue expérimentalement chez l'animal par transsection mésencéphalique. Enfin à une phase plus avancée de la narcose, nous voyons même une ébauche de réflexes d'automatisme médullaire.

Cette réaction très spéciale au médicament semble indiquer chez les catatoniques une fragilité spéciale de certains systèmes architectoniques, et une tendance particulière à la dissociation et à la levée des processus de contrôle. De tels faits nous permettent de pénétrer presque d'une façon expérimentale certains des mécanismes les plus intéressants de la démence précoce hétérophrénocatatonique ; tout se passe comme si l'agent médicamenteux et toxique provoquait au fur et à mesure de son action une série de libérations à des niveaux différents : au début il s'agit d'une libération portant sur les processus les plus élevés, sur les fonctions psycho-motrices supérieures et nous observons alors des mouvements d'allure volontaire, des gestes stéréotypés et rythmés tout à fait identiques à ceux qui se produisent spontanément à l'état de veille chez notre malade.

Nous terminerons en insistant sur les notions suivantes : 1° L'hétérophrénocatatonie ne peut pas se concevoir comme une affection portant exclusivement sur les apports cénesthésiques et affectifs. Elle traduit une perturbation très complexe de l'activité mentale, en particulier du *contrôle* et de la *direction psycho-motrice*, qui entraînent des manifestations secondaires d'automatisme.

2° Au point de vue *physiologique*, le syndrome moteur-catatonique ne peut pas également être envisagé sous l'angle d'une localisation étroite et exclusive aux noyaux centraux ; il traduit également une atteinte du contrôle cortical, en rapport probablement avec un processus pathologique diffus.

3° Les données cliniques et physiologiques concordent pour montrer dans cette affection l'importance des phénomènes de libération psychique et psychomotrice.

(Travail de la Clinique du Professeur Claude).

LES DÉSENCHANTÉS DE LA SCHIZOÏDIE

Par M. NATHAN et Mlle L. DESBROUSSE

Il ne faut pas croire que le schizoïde soit toujours satisfait de son sort ; sa schizoïdie n'est parfois qu'un abri provisoire, qu'il est prêt à abandonner au premier sourire de la vie réelle ; plus souvent qu'on ne l'a pensé, son attitude lui pèse et il ne la conserve que par habitude, par crainte ou par impossibilité matérielle de reprendre sa place dans la vie. Le bonheur arracha ainsi à la schizoïdie une jeune étudiante, dont nous publions, il y a quelques années, l'observation à la Société de Psychologie. Mais il ne faut pas trop compter sur lui pour opérer des cures et c'est presque toujours de haute lutte que, dans les circonstances habituelles, il faut délivrer le schizoïde même le plus désenchanté de sa schizoïdie.

On a beaucoup insisté sur ce que l'attitude du schizoïde a souvent d'artificiel et de guindé, si bien qu'on en est arrivé à douter de sa sincérité absolue. Certains faits sont, à cet égard, fort impressionnants. Repond cite le cas d'une schizoïde profonde, qui, placée un jour sous surveillance discrète, il est vrai, auprès d'une malade, fit preuve de qualités d'initiative remarquables ; aussitôt relevée de ses fonctions elle retomba dans la schizoïdie. Plusieurs fois l'éthérisation de malades schizoïdes, si justement recommandée par le Professeur Claude et ses élèves, nous apprit que les sujets conservaient leur attitude afin de protéger leur vie intérieure contre l'intrusion de la vie réelle, dont ils pensaient n'avoir plus rien à attendre. L'attitude schizoïde représente donc, en l'espèce, une attitude de défense contre un entourage, une existence pénibles. Trop différent de son milieu pour pouvoir s'épancher en lui, insuffisamment quémendeur pour chercher à s'imposer, souvent découragé par les pre-

mières expériences, le sujet se retire en lui-même et, lorsqu'il est doué d'une imagination vive, il prend plaisir à cette existence purement intérieure et libre de toute contingence. Les confidences des malades en font foi. Mais ils ne sont pas tous égaux devant l'emprise de la vie intérieure ; tandis que certaines de ces existences s'ouvrent et se ferment à volonté à la réalité, sans se désaccorder avec elle, d'autres sont définitivement closes à la vie du dehors et se perdent dans la méditation de l'absolu.

Assurément l'affranchissement de la réalité, le vagabondage de la pensée, qui aborde sans vergogne les questions les plus abstruses, flattent pour un temps l'orgueil du sujet : c'est la lune de miel de la schizoïdie. Toutefois le malade n'a pas perdu tout souvenir de la réalité, qui s'impose souvent à lui par ses réalités économiques ; la tour d'ivoire se lézarde, le jour y pénètre et, même aveuglé par la lumière, le schizoïde n'ose point en sortir. Car, que trouvera-t-il au-dehors ? La schizoïdie l'a gâté et « handicapé ». Il a perdu le goût de l'action, car, en dépit de toute l'énergie cognitive dépensée, cette vie sans contrepartie est singulièrement plus économique, comme le fait justement remarquer Pierre Janet, que la moindre vie pratique ; tout schizoïde est devenu un asthénique au sens de Janet, c'est-à-dire un paresseux de l'activité pragmatique. Ne le serait-il du reste qu'à un faible degré qu'il serait, comme nous venons de le dire, un handicapé. Il lui faut reprendre son apprentissage par les débuts à un âge où les autres sont en pleine forme et en plein rendement professionnels. N'oublions pas aussi que, sans avoir l'orgueil d'un paranoïaque, le schizoïde ne manque pas d'estime de lui-même ; et ce début par le commencement, c'est-à-dire par l'emploi subalterne, lui est particulièrement pénible. Il faudrait lui « apporter les alouettes toutes rôties. » Voilà bien des causes susceptibles de mettre en échec les meilleures intentions du malade. Il ne faut ni se décourager ni le décourager en présence des succès inévitables.

C'est dans ces conditions que se pose le problème chez le sujet dont nous rapportons l'observation,

Albert, âgé de 29 ans, est robuste et vigoureux; malgré une certaine intelligence, il se présente de façon gauche et timide. Il ne sait s'il doit parler ou se taire; mais, une fois lancé, il faut bien se garder de l'interrompre, car il perdrait le fil de son discours, qu'il a dû bien des fois se répéter à lui-même.

Il est, dit-il, resté fixé à l'âge de 14 ans; il n'en sait ni plus ni moins qu'à cet âge et pourtant ce n'est pas faute d'avoir médité ni réfléchi; il a passé du protestantisme le plus austère au scepticisme le plus absolu; il dévore les revues occultistes, les journaux anarchistes; il voudrait s'assimiler l'une ou l'autre de ces théories, y adhérer, être enfin quelque chose de défini, car il sent bien qu'il n'est rien et serait heureux de faire du bovarysme à sa façon.

Albert était toujours un grand imaginaire et a toujours « vécu sur lui-même »; son père était un commis voyageur malappris qui ne connaissait que la basse jouissance. Sa mère était une femme inintelligente, aux idées étroites, qui le froissa bien souvent par des scènes ridicules faites en présence d'étrangers. Se jugeant à l'échelle de ses parents, il se faisait quelque illusion sur sa propre valeur. Dès son enfance, il dévora des romans qu'il revivait en imagination. A 14 ans, il eut l'idée qu'il devait être un homme, mais être un homme c'était avoir une amie. Or, telle qu'il se la figurait de par les romans, cette amie devait être un modèle de pureté, son amour devait être élevé, platonique; il lui attribuait tout ce qu'il n'avait trouvé en sa mère. Joignant naïvement l'acte à la parole, il s'adressa aux différentes femmes qu'il rencontra; ironiquement rabroué par les unes, il reçut d'autres des avances plus prosaïques et plus précises dont il se montra fort chagrin.

Rebuté ainsi par son propre foyer, rebuté dans ses premières expériences sentimentales, ayant perdu un camarade d'études qui lui était cher, il s'isola de plus en plus en lui-même, et, dans la suite, il renonça d'autant moins à cette attitude, qu'après la mort de sa mère, son père s'acoquina avec une femme de bas étage. Privé de ressources personnelles et incapable de gagner sa vie, il dut s'accommoder de cette situation. C'est dans

ces conditions que, privé du contrôle de la réalité, il intellectualisa à outrance, suivant la formule de Janet et de Minkowski, chercha des certitudes dans l'occultisme, dans Tolstoï, dans les publications libertaires. Très fier de ses hautes spéculations, il savoura réellement sa schizoïdie ; il « avait sa réalité en lui-même, les vérités des autres n'étaient plus siennes, il ne vibrait plus aux joies ni aux souffrances des autres ». Il était un être d'exception.

Même revenu *in petto* à une plus juste conception des choses, il défendit pied à pied son rêve contre l'intrusion de la réalité, mais bientôt la résistance devenait vaine, la vie réelle s'imposait à lui. C'était cette lutte à outrance entre la réalité et l'autisme peu à peu démantelé, qui déterminait l'état d'angoisse qu'il présentait à son entrée à l'hôpital. Comme il nous l'avoua par la suite, il se demandait ce qu'il retrouverait au sortir de cette vie de rêve, sans argent et sans métier dans les mains. L'éthérisation confirma de tout point nos conjectures ; c'était bien ainsi qu'il était devenu schizoïde et que sa schizoïdie s'était peu à peu lézardée.

Ce point acquis, nous avons tenté la rééducation. Après avoir éliminé différentes professions, il s'est décidé à reprendre la situation de son père. Chaque jour et à heure fixe, il prenait une leçon de comptabilité ; nous avons tenu à lui donner des habitudes régulières et, pendant un mois, il travaille ainsi ; il se reconstitua un trousseau. Au moment de partir, il laissa son père commencer seul la tournée. Il ne faut pas trop lui en vouloir, pour un schizoïde il avait déjà fourni un effort louable, qui, nous l'espérons, ne sera pas perdu.

On pourrait rapprocher de cette observation celle d'un autre jeune homme du même âge, qui est venu nous consulter à la même époque.

Charles est beaucoup plus intelligent, plus cultivé et plus fin qu'Albert. Il s'exprime avec aisance ; c'est le schizoïde par élection, le schizoïde amateur capable de faire figure dans la vie. Il est schizoïde, mais lassé de cet état, dans lequel il retombe de par sa pente naturelle, et dont il est peut-être moins libéré qu'il ne le croit, il voudrait revenir de façon définitive à une vie plus normale.

Charles est, lui aussi, un grand imaginaire qui vivait, dès son plus jeune âge, les romans d'aventures. Il a été, lui aussi, assez livré à lui-même. Son père, disait-il, était un homme assez intelligent, mais fruste et « primaire » en dépit de tous ses efforts ; sa mère scrupuleuse et bornée « lui bourre à tout propos le crâne de cas de conscience » et à côté de cela n'hésitait pas à mentir dans les affaires. Ni l'un ni l'autre ne trouvait crédit à ses yeux. Il se réfugia dans la vie intérieure. Il avait le travail facile ; sans efforts, il tenait, au lycée, la tête de la classe. Il chercha à plusieurs reprises à se faire des camarades, mais, dit-il, il en avait rapidement fait le tour et les laissait tomber. De bonne heure, il rima quelques poèmes, dont certains sont assez honnêtes.

A l'âge de 18 ans, à la mort de son père, qui était expert comptable, il se mit à la comptabilité et fut très rapidement en état de reprendre les travaux qu'il laissa en suspens. Mais la vie intérieure, le monde imaginaire avaient pour lui plus de charme ; toujours il rêva d'une grande passion féminine, mais la malchance voulut qu'au moment où la réalité lui en fournissait l'occasion, une blennorragie se mit à l'encontre de ses aspirations. La poésie le consola et désormais il mit tout son amour en strophes.

Sa vie se partage alors, inégalement du reste, entre la poésie et les travaux de comptabilité, dans lesquels il excellait ; mais il ne travaille que lorsqu'il est à bout de ressources, abandonnant sa situation dès qu'il a quelqu'argent devant lui.

Depuis quelques mois, il a trouvé à la fois « l'utile et l'agréable ». Il est secrétaire d'un guérisseur occultiste dont il rédige complètement le journal sous des pseudonymes différents. Sa curiosité en fut tout d'abord piquée ; ces spéculations ne laissèrent pas de l'amuser ; mais rapidement, il perdit toute conviction et se lassa de ce travail, qu'il conserva faute de mieux. C'est dans ces conditions qu'il se présenta à nous, résolu à mener une existence plus normale, tout en continuant à cultiver la poésie.

Ces deux malades présentent entre eux certaines analogies qu'il a été loisible de saisir au passage et sur

lesquelles il nous semble inutile d'insister. Charles est beaucoup plus intelligent et plus fin qu'Albert. Il sait fort bien, sous la contrainte de la nécessité, s'adapter à la vie réelle. Sa schizoïdie est toute de dilection. Il ne donne pas comme Albert l'impression d'un infirme qu'il faut constamment épauler. S'ils affectent l'un et l'autre une attitude hautaine à l'égard de leurs parents, Albert le fait avec lourdeur, Charles avec une élégante désinvolture, car le premier les dépasse de fort peu, l'autre de cent coudées. L'un a la morgue du petit, l'autre l'orgueil du grand. Charles à l'imagination vive, et féconde, Albert a l'imagination étriquée et livré à lui-même, il appelle à son secours toute sorte de disciplines, plus ou moins bien assimilées. Pour C., la schizoïdie semble être une aimable passade ; pour A., c'est une chaîne qui l'étreint. Si A. est un asthénique au sens de P. Janet, l'autre l'est à peine. Mais sachons néanmoins gré à A. du bon sens qui le pousse à virer de bord et d'une certaine énergie qui lui a permis de faire les premiers pas dans la réadaptation au réel. Ces deux malades s'opposent l'un à l'autre comme la Sonia et la Claudine du dernier travail de Pierre Janet. C'est dans une certaine mesure, l'opposition de Minkowski entre l'autisme riche et l'autisme pauvre. Nous reviendrons un jour sur ce point à propos du sentiment du vide.

Le fait que nous voulions mettre en lumière dans ce travail est le désenchantement spontané de certains schizoïdes, qui est peut-être plus fréquent qu'on ne pourrait le croire. C'est là un facteur de guérison qu'on ne saurait laisser échapper et qui s'accorde bien avec la notion de curabilité de la schizoïdie proclamée par Bleuler, Claude, Repond et Minkowski. Ce mode de guérison trouve naturellement sa place à côté des guérisons spontanées, dont on ne saurait plus nier l'existence, des guérisons par traitement psychanalytique, des guérisons par la thérapeutique du travail méthodique utilisée par Repond. Nous avons suffisamment insisté, chemin faisant, sur les difficultés du traitement rééducatif, qu'imposent des sujets tels qu'Albert.

RÊVES ORGANO-GÉNÉSIQUES

Par le Dr F.-J. SOESMAN,

Médecin neurologue à La Haye

Il est reconnu que les rêves peuvent être provoqués par des irritations nerveuses provenant de différents organes.

Une vessie distendue par l'urine, un estomac surchargé, une ampoule douloureuse au pied, sont par exemple autant de causes pouvant faire naître un rêve.

Nous voulons appeler ces rêves, des rêves organo-génésiques.

Le Professeur van Rijnberk a décrit dans le *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, du 13 mars 1926, p. 1062, un cas particulier de ces rêves, un rêve provenant d'un stimulus cardiaque.

L'étude de la casuistique très étendue du rêve, tant celle d'observations personnelles, que celle d'autres auteurs, nous a permis de déterminer quelques-uns des traits caractéristiques de cette catégorie de rêves; ces traits se retrouvent en effet, constamment transmis par les stimulus organiques dans les images fantastiques de la vie des rêves. Toute irritation physiologique devant être considérée comme une transmission d'énergie, un mouvement à formes variées, il n'y a point à s'étonner si le rêve traduit cette irritation par un symbole de mouvement.

Dans les rêves d'origine cardiaque, causés par différents troubles des muscles du cœur ou des valvules, le symbole d'un véhicule se constate en effet constamment.

Les rêves que provoquent les stimulus intestinaux, s'observent fréquemment en rapport avec une surcharge stomacale et les mouvements péristaltiques

du tube digestif se traduisent par des songes où le sujet escalade et descend un terrain accidenté, dans un véhicule quelconque.

Le rêve provoqué par un stimulus de la vessie, observable quand la vessie est pleine, est accompagné du constant symbole d'une rivière très rapide, de cascades ou d'inondations.

I. Observation personnelle. — Nous traitons une dame, souffrant de pollakiurie nerveuse, ne la laissant reposer ni jour ni nuit; elle rêve régulièrement, entre deux mictions, de masses d'eaux houleuses, autour desquelles se jouent des scènes très vivantes, où elle a parfois un rôle actif, et parfois celui d'une spectatrice.

Quand les irritations provoquées par pression ou douleur viennent de la périphérie, la marque primaire caractéristique du stimulus est traduite dans le rêve par un oiseau qui vole, un taureau furieux ou un chien qui veut mordre.

Scherner a observé un rêve d'origine cardiaque, où les mouvements du cœur sont symbolisés par une voiture attelée, d'un rouge vif (1).

II. Observation personnelle. — Nous avons observé un cas de rêve cardiaque où les voitures sont précédées d'une file d'écoliers en habits de fête; venus en dansant de rues différentes, ils se répandent sur la place d'un village. Cette file d'enfants ressemble d'une façon surprenante au cordon de sergents de ville que le Prof. v. Rijnberk mentionne dans son rêve.

Le rêve symbolise non seulement le *mouvement* comme qualité primaire du stimulus, mais encore la *forme de l'organe qui le fait naître*.

L'irritation provoquée par un organe creux produit régulièrement le symbole d'une place entourée de maisons et sur laquelle aboutissent plusieurs rues.

III. Observation personnelle. — Un de nos malades rêve après un repas très copieux, de voitures et de

(1) Dr K.-A. SCHERNER. — *La vie des rêves*, 1861.

charrettes attelées de chevaux en flèche, qui se rendent cahin-caha à travers des ruelles étroites sur la grand'place d'un village. (L'attelage en flèche peut être l'expression de la longueur du tube digestif, le mouvement cahotant à travers les rues étroites, celle de la conformation et des circonvolutions de l'intestin).

Scherner, dans le cas cité plus haut, décrit une place large d'un côté, étroite de l'autre. (Forme du cœur) (1).

Les *fonctions* d'organes déterminés trouvent aussi leur expression dans la symbolique du rêve.

Les stimulus provenant des organes génitaux, stimulus que le voisinage de la vessie distendue peut produire souvent, sont rendus par des images de nudité, ou par des symboles et actions exprimant le désir de la satisfaction sexuelle.

Les mouvements rythmiques, que le Prof. v. Rijnberk considère dans les rêves cardiaques comme le rythme du cœur pourraient être interprétés aussi comme une expression fonctionnelle de l'organe provoquant l'irritation.

La symbolisation de la fonction est parfaitement exprimée dans le rêve d'origine pulmonaire.

IV. Observation personnelle. — Un de nos malades, souffrant d'asthme nerveux, rêve parfois de fours flamboyants où les flammes atteignent la hauteur des maisons, et parfois de masses gazeuses qui se précipitent en sifflant dans un système de tuyaux très étendu.

La symbolique architectonique des rêves va quelquefois si loin que la *position du corps ou d'un organe* y est exprimée. Si par exemple, on voit que le corps dans son ensemble est généralement symbolisé par une maison à plusieurs étages, une dent carieuse peut provoquer le rêve d'une scène pleine de vivacité, se jouant à l'un des étages élevés de la maison.

V. Observation personnelle. — Une malade, atteinte

(1) Nos observations et celles des autres auteurs se rapportent toutes à des malades n'ayant aucune notion anatomique.

de stomatite avec forte salivation, souffre d'insomnies, parce qu'elle doit constamment rejeter sa salive. Elle peut arriver à dormir à l'aide de véronal, mais rêve alors qu'elle se trouve à l'étage supérieur d'une maison inconnue, crachant par la fenêtre dans un seau vide, placé dans la rue. (La fenêtre nous représente la bouche, le seau, le crachoir dont elle se sert à l'état de veille).

L'imagination dans le rêve arrive même à exprimer *la différence entre une excitation intérieure et une extérieure.*

VI. Observation personnelle. — Un militaire a aux pieds beaucoup d'ampoules très douloureuses, à la suite d'une marche forcée. Il se voit en rêvant dans une maison, qu'un troupeau de taureaux furieux essaye en vain d'envahir.

Si le stimulus est une pression faite à dessein sous l'un des pieds du dormeur, il est traduit, d'après les observations de Max Simon. (Le monde des rêves), en un oiseau voletant à l'extérieur de la maison où se trouve le sujet. Si le stimulus est au contraire de nature interne, l'espace où se traduit le symbole du rêve est clos (une cage, par exemple).

Nous croyons pouvoir conclure de nos nombreuses observations personnelles et de celles de nos confrères que :

1° Les stimulus organiques provoquent des rêves.

2° Ces stimulus sont transformés par l'imagination en des symboles variables, qui à vrai dire, présentent constamment les mêmes caractéristiques.

3° Quelques-unes des caractéristiques primaires des stimulus organiques sont transmises avec la plus grande constance dans les images du rêve.

Ces caractéristiques sont :

a) Le mouvement comme marque primaire de toute excitation.

b) Des signes locaux se rapportant à forme, grandeur, fonction et situation des organes ayant produit le stimulus.

Documents Cliniques

MÉDECINE LÉGALE

UN CAS DE SIMULATION DE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ

Par E. MARTIMOR

Parmi les syndromes mentaux, le délire systématisé n'est peut-être pas celui dont la simulation s'observe le plus rarement, mais il s'agit en général d'une imitation maladroite et facile à dépister, en raison des manifestations insolites dont le délire est accompagné.

Comme le dit très justement Vallon, « les délires partiels, comme le délire de persécution, roulant sur un nombre d'idées restreintes, seraient un thème facile à imiter pour une personne ayant des connaissances en médecine mentale ; heureusement les simulateurs auxquels on a affaire sont ignorants des choses de la psychiatrie et ne résistent pas à la tentation d'étendre le champ de leur délire, y mêlant des troubles intellectuels absents dans la réalité, comme l'amnésie et particulièrement l'oubli des faits incriminés. »

On constate aussi chez le simulateur de délire systématisé des propos et des actes absurdes, qui, ne concordant pas avec le tableau clinique de la maladie, facilitent la découverte de la supercherie. Cette erreur de technique de la part du simulateur s'explique aisément si l'on considère l'idée que se fait le public des maladies mentales ou, plus exactement, d'une maladie mentale unique qu'il appelle « la folie ». Pour lui, un aliéné est incapable d'un raisonnement logique et la moindre phrase sensée relevée dans les propos ou les écrits

délirants émanant d'un inculpé est une preuve de simulation. Ce préjugé est mitigé, il est vrai, chez certaines personnes, par la notion des « moments de lucidité » au cours desquels le malade recouvre brusquement la raison et acquiert momentanément la conscience douloureuse de son infirmité, et c'est là une invention précieuse pour les malheureux simulateurs qui se reposent ainsi, de temps à autre, d'une agitation dont la continuité serait fatigante.

Nous n'avons pas connaissance que la simulation adroite d'un délire purement interprétatif ait jamais été signalée. C'est peut-être de toutes les maladies mentales la plus facile à imiter, mais c'est aussi celle que le public ignore le plus, celle qui, plus que toute autre, choque sa conception de la « folie ». Nous avons même vu des infirmiers d'asile douter de la sincérité d'interprétants avérés placés sous leur surveillance.

Par contre des délires hallucinatoires rappelant la psychose hallucinatoire chronique ou les délires polymorphes de dégénérés, sont assez souvent ébauchés par des simulateurs, mais, dans tous les cas cités, ces manifestations sont mêlées d'une façon invraisemblable à des symptômes de la série maniaque ou déméntielle.

Seule une observation de Tséline nous montre un tableau clinique à peu près pur de psychose hallucinatoire chronique. « Il s'agit d'un sujet alcoolique « et dégénéré, qui, coupable d'escroquerie et d'abus « de confiance, simula pendant quelques années un « délire systématisé avec hallucinations. Instruit de la « symptomatologie de ces délires par la lecture de « livres de psychiatrie que lui passaient en cachette « ses parents, il ne fut démasqué que grâce au P^r Bajénoff, dont la déposition devant le tribunal est en « partie reproduite dans l'article de Tséline. Il semble « que Bajénoff se soit surtout guidé par les deux faits « suivants : a) début relativement brusque ; b) instabilité des idées délirantes et des hallucinations, « absence de toute tendance à la stéréotypie. A la fin, « l'aveu de la simulation a pu être obtenu. »

Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours d'une expertise médico-légale, un cas analogue, mais présentant en outre cette particularité que le sujet n'avait pu, en raison de son degré d'instruction et de son milieu social, puiser dans des livres de psychiatrie les éléments de son adroite simulation.

Nous reproduisons les parties essentielles de notre rapport :

Dans la nuit du 28 février au 1^{er} mars 1925, une automobile a été volée dans un garage de St-G., et vendue le lendemain dans une autre ville. La femme T... Jeanne, 47 ans, marchande foraine, qui vivait maritalement avec l'auteur du vol, est poursuivie comme sa complice : elle s'est en effet enfuie avec lui et aurait profité de la vente de la voiture volée. Incarcérée à la Maison d'Arrêt de St-G., le 31 octobre 1925, elle se comporte normalement jusqu'en mars 1926, époque à laquelle elle a manifesté les troubles mentaux qui ont motivé le présent examen psychiatrique.

Rien d'anormal n'a été signalé dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

L'inculpée a mené dès sa jeunesse une existence assez aventureuse, toujours associée avec des individus tarés et ayant souvent maille à partir avec la justice (banqueroute frauduleuse, vol, escroquerie, etc...). Mais, à aucun moment, elle n'a présenté de troubles mentaux... Dans toutes les maisons d'arrêt où elle a été détenue, elle s'est comportée normalement. Pendant les journées qui ont précédé et suivi le délit, les témoins qui l'ont rencontrée n'ont rien constaté d'anormal dans son attitude ni dans ses propos.

Pendant les quatre premiers mois de sa détention à St-G., elle s'est conduite également comme une personne sensée. A l'instruction, elle s'est défendue avec habileté contre l'accusation dont elle est l'objet, n'invoquant un défaut de mémoire ou de la « confusion des idées » que lorsqu'on lui pose des questions par trop embarrassantes.

Dans les premiers jours de mars, la surveillante découvre sous la paillasse de Jeanne T... une sorte d'échelle longue de 3 m. environ fabriquée avec des vêtements. Interrogée aussitôt sur la destination de cet engin, la détenue, très gênée, fait des réponses évasives : « On ne sait pas... p'est des idées qui vous passent par la tête... quand on est si longtemps en prison... ». Trois jours après, brusquement,

elle déclare que le gardien-chef veut l'électrifier, l'empoisonner, l'asphyxier, la tuer par des « bombes foudroyantes ». Elle appelle au secours, barricade sa porte. Punie et menacée de sanctions plus sévères, elle se calme aussitôt. Les jours suivants, elle reprend par intermittences ses cris et ses appels au secours : « Je meurs !... On m'étouffe !... Ma mère ! Sauvez-moi !... ». Ces manifestations débutent brusquement et coïncident souvent avec l'entrée d'un étranger dans la prison. Elles ne surviennent jamais pendant la nuit. Bien qu'elle accuse le gardien-chef et la surveillante de comploter sa perte, elle se montre très polie avec eux et plus préoccupée d'obtenir de menues faveurs dans son régime qu'une cessation des tentatives d'asphyxie. Elle promet parfois d'être calme pendant une journée et tient parole. Elle refuse souvent sa soupe, par crainte du poison, dit-elle. Le dimanche, un peu de viande entre dans la préparation des aliments : elle consomme alors tout le contenu de sa gamelle.

Lors de notre premier examen, le 20 mars, elle nous expose spontanément son système délirant : le gardien-chef la croit tuberculeuse et, redoutant la contagion, veut l'asphyxier pour se débarrasser d'elle. Demain on la trouvera morte. Elle réclame l'autopsie pour prouver qu'elle ne méritait pas d'être supprimée. Bien que se déclarant « désorientée » par les persécutions dont elle est l'objet, elle fournit correctement des renseignements sur son passé et sur son inculpation, dont elle se défend avec une présence d'esprit parfaite.

Au cours des interrogatoires suivants, ce sont les mêmes accusations qui reviennent contre le personnel de la prison. Elle précise simplement quelques détails, parle de sa mère, de son frère dont elle a perçu la voix. Le gardien-chef la menace, s'étonne à haute voix qu'elle ait la vie aussi dure. On entend un bruit de friture dans la cuisine : c'est la préparation de la drogue asphyxiante. On a aussi essayé de l'empoisonner avec une boîte de lait condensé qu'elle avait fait acheter et qu'elle a rejeté aussitôt. Elle a trouvé dans sa soupe une sorte de pilule dont elle décrit minutieusement la structure intérieure : « Depuis, affirme-t-elle, je ne mange jamais de soupe. »

Interrogée sur la destination de l'échelle trouvée dans sa pailleasse, elle fournit sans hésiter une explication cadrant avec son système délirant : l'engin devait être accroché aux barreaux de sa fenêtre pour lui permettre d'atteindre cette ouverture et d'éviter ainsi l'asphyxie.

L'étude du fonds mental montre une attention, une mémoire, un jugement normaux. Jeanne T... est une femme d'intelligence moyenne, mais très rusée. Elle n'a jamais fréquenté l'école, dit-elle, mais a appris à lire étant adulte. L'affectivité est bien conservée. Pas de dépression ni d'excitation anormales.

L'examen physique ne révèle aucune lésion des divers appareils. Pas de tremblement, pas de dysarthrie ; les pupilles sont égales, réagissent bien. Il n'existe aucun stigmate physique de dégénérescence.

En résumé, l'inculpée, qui m'a jamais présenté d'anomalies mentales avant ou pendant le délit dont elle a à répondre actuellement, accuse, depuis un mois, diverses hallucinations et des idées de persécution systématisées.

Si l'on admet la sincérité de ces manifestations, on peut, sans invraisemblance, les rattacher à un début de délire chronique systématisé. On retrouve, en effet, plusieurs caractères de cette affection : idées de persécution s'enchaînant logiquement, conservation de l'intelligence, réactions de défense. Cependant, à côté de ces points de contact, il faut noter quelques divergences. C'est d'abord l'apparition brusque des hallucinations et des idées de persécution et la systématisation d'emblée de ces dernières. Le délire chronique débute par un sentiment d'étrangeté, de méfiance sans objet. Puis, peu à peu, le malade croit surprendre des regards, des signes, des chuchotements sur son passage, parfois aussi une emprise d'autrui sur sa pensée. Etonné de cette sorte de complot, il en recherche l'origine dans son passé, y retrouve des incidents futiles, indices d'une animosité dirigée contre lui de longue date. C'est alors seulement, après cette période d'hésitation pouvant durer plusieurs années, que le malade élabore un système délirant où sont indiqués ses persécuteurs et leurs crimes. C'est alors seulement que les hallucinations se précisent, notamment les hallucinations auditives : des accusations, des insultes, des menaces bien intelligibles remplacent les voix confuses du début. Puis le délire progresse, s'enrichit, s'exprime par des néologismes, provoque des réactions de défense (menacés, violences, mesures de protection).

Le tableau clinique est un peu différent chez notre inculpée. Hallucinations et idées délirantes ont été accusées dès le début et avec une netteté parfaite, sans phase de méfiance préalable, sans recherches dans le passé. Le thème délirant s'est créé brusquement et ne s'est pas enrichi par la suite. Son exposition ne nécessite aucun néologisme. Il n'y a pas

de réaction de défense sérieuse : au lieu de l'hostilité logique contre des persécuteurs supposés, on constate une docilité parfaite et même de l'obséquiosité ; quant à la fabrication de l'échelle souple, elle doit se rattacher plutôt à une tentative d'évasion qu'à une mesure de protection contre des gaz asphyxiants. Lorsque l'inculpée était observée à son insu, on ne s'est jamais aperçu qu'elle conversât avec des interlocuteurs imaginaires. Quelques monologues ont été surpris : ils concernaient le manque de confort de la prison.

Les dissemblances constatées entre les troubles mentaux accusés par l'inculpée et un délire de persécution sincère seraient suffisantes pour nous permettre de conclure à la simulation, mais, en dehors de ces arguments cliniques, il en est d'autres d'ordre psychologique qui militent dans le même sens. C'est d'abord l'allégation de folie à l'instruction, à la suite de questions gênantes : « Mes idées sont confuses, dit-elle, depuis que j'ai été arrêtée... J'étais déjà « dingo » avant. » Plus tard, elle niera avoir employé le mot « dingo », dont elle prétend ignorer le sens. Il faut noter également le début opportun du délire après la découverte de tentatives d'évasion et de correspondance dissimulée avec son complice, la préoccupation de rappeler la possibilité de la folie : « Je ne suis pas folle... ou, si je le suis, je ne le sais pas », le désir plusieurs fois manifesté d'un transfert à l'asile « pour la protéger contre ses persécuteurs ».

L'aveu de la simulation n'a pu être obtenu. Nous avons employé diverses épreuves de sincérité telles que suggestion de symptômes, pièges à contradictions, etc. Ces procédés, efficaces avec des délinquants novices, ont échoué avec Jeanne T..., qui est rusée, persévérante et qui, vieille habituée des interrogatoires judiciaires, ne se laisse pas entraîner en dehors du système de défense choisi. Il est même possible qu'elle continue à simuler pendant et après l'audience où elle sera jugée.

Aux questions qui nous ont été posées nous répondons par les conclusions suivantes :

1° L'inculpée n'était pas en état de démence, au sens de l'article 64 du Code Pénal, au moment de l'acte qui lui est reproché.

2° Les troubles mentaux qu'elle manifeste actuellement sont simulés. Sa responsabilité est entière.

3° Elle ne doit pas être internée.

Après le dépôt de notre rapport, et pendant l'audience où elle a été condamnée, l'inculpée a persisté dans ses manifestations délirantes. De retour à la Maison d'Arrêt, elle a avoué au gardien-chef qu'elle avait simulé la folie dans l'espoir d'être internée et de trouver à l'asile des facilités d'évasion plus grandes qu'à la prison.

Elle a malheureusement été transférée aussitôt dans un autre établissement pénitentiaire, ce qui nous a empêché de l'interroger sur les sources de son éducation psychiatrique. A-t-elle été instruite par une co-détenue au cours d'un internement antérieur ou initiée par un avocat ? A-t-elle utilisé pour se documenter un séjour dans un asile d'aliénés, au cours d'une autre expertise ? Nous l'ignorons. Des renseignements demandés à ce sujet dans diverses maisons d'arrêt ne nous ont fourni aucune indication utile.

Néanmoins, il nous a paru intéressant de signaler ce cas de simulation en raison de cette particularité rare que le sujet, malgré de discrètes invitations dans ce sens, n'a jamais accusé le moindre symptôme d'affaiblissement intellectuel, le moindre désordre des actes ou des propos. Il a réalisé, avec des apparences de sincérité impressionnantes, un délire hallucinatoire que seules quelques notes discordantes, quelques ruses suspectes nous ont empêché de rattacher à une maladie mentale inexistante, psychose hallucinatoire chronique ou bouffée délirante de dégénéré.

Parmi les arguments qui ont permis d'affirmer la simulation, nous attachons une importance particulière au début brusque et opportun des hallucinations, à l'élaboration trop rapide du système délirant, aux variations d'attitude de l'inculpée, suivant qu'elle se croit ou non observée.

Il ne peut être question, dans le cas de Jeanne T., de sursimulation. Ce n'est pas une débile mentale et sa supercherie est le fait non d'une perversion mythomaniacale, mais d'un calcul prémédité, conscient et parfaitement logique, de la simulation vraie, en un mot, dont certains auteurs n'hésitent pas à nier l'existence.

BIBLIOGRAPHIE

VALLON. — La Pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire (in *Traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet*, Paris 1903), p. 1565.

ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie*, 1923, p. 879.

RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 1914, p. 1096.

DIDE ET GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*, 1922, p. 407.

POROT. — La Simulation des maladies mentales. *Rapport au Congrès de Luxembourg*, 1921.

DROMARD. — Les mensonges de la vie intérieure. *Essai sur la sincérité*, Paris, Alcan.

E. LAURENT. — Un détenu simulant la folie pendant trois ans (*Ann. méd. psych.*, II, 1888, p. 225).

A. MAIRET. — *La Simulation de la folie*, Masson, 1908.

LEROY. — Un cas de simulation. *Soc. Clin. Méd. ment.*, 17 janvier, 1910.

TSÉLINE — Simulation d'un délire systématisé. *Journal de neuropathologie et de psychiatrie*, Moscou 1911, p. 66. — Analysé par HALBERSTADT in *Encéphale* 1912 février, p. 197.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 MAI 1928

Présidence de M. LEROY, Président

Mme Minkowska, MM. Baruk, Daday, Damaye, Collet, Cullerre, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du D^r Blondel de Strasbourg qui pose sa candidature au titre de membre correspondant. La Société nomme une commission composée de MM. Dumas, Piéron et Courbon.

Une lettre de la Société pour la Protection de l'Enfance demandant à la Société Médico-Psychologique de se faire représenter à sa prochaine réunion.

M. Leroy, président de la Société, souhaite la bienvenue au D^r Meagher, Médecin du Board of Control, venu en France pour étudier les résultats obtenus par la malariathérapie dans le traitement de la P. G., et qui assiste à la séance.

Rapport sur le prix Aubanel

M. GUIRAUD (au nom d'une Commission composée de MM. CAPGRAS, GUIRAUD, MARCHAND). — Un seul mémoire a été soumis à l'appréciation de la commission pour le prix Aubanel sur les « Etats anxieux ». Il est l'œuvre de Mlle Chiarli, licenciée ès lettres, interne à l'asile de Saint-Ylie. Mlle Chiarli nous donne une étude consciencieuse, bien rédigée, bien divisée et facile à suivre.

Elle définit d'abord l'anxiété qui pour elle est un phénomène émotif et consiste en une exagération

pathologique du sentiment normal de l'attente. Elle étudie ensuite l'anxiété accidentelle chez l'homme normal prenant comme exemples le client qui attend dans le cabinet du dentiste ou du médecin, le candidat à un examen et enfin Julien Sorel.

Les états anxieux pathologiques décrits au point de vue clinique sont divisés en trois groupes : 1° les états anxieux constitutionnels (émotifs, obsédés, déséquilibrés, mélancoliques, maniaques) ; 2° les états anxieux secondaires apparaissent épisodiquement chez les persécutés, les amnésiques, les confus, les déments précoces ; 3° les états mixtes, groupe où sont rangés « tous les états anxieux dans lesquels l'élément physiologique et l'élément psychique entrent en parties égales ou bien dans lesquels l'apport des deux éléments est assez considérable, mais dans des proportions qu'il n'est pas facile de déterminer ». En d'autres termes, ces états anxieux dits mixtes sont ceux qui résultent de l'action d'une cause exogène toxique infectieuse ou traumatique associée à un certain degré de prédisposition.

Le groupe des anxieux dits constitutionnels, de beaucoup le plus important, est étudié en détail à l'aide de quelques observations originales. Ces observations comprennent : une hypochondriaque, une petite mélancolique inquiète, une neurasthénique bavarde, une petite érotomane transitoire, un psychasthénique, une mélancolique chronique délirante sans grande anxiété.

Après la clinique vient un chapitre sur la substratum physiologique des émotions qui résume quelques travaux récents. Le diagnostic, l'évolution et le pronostic s'appliquant à des syndromes aussi variables que les états anxieux ne pouvaient comporter beaucoup de précision.

Dans le traitement, les méthodes classiques sont rappelées d'un mot, l'auteur s'étend davantage sur les médicaments du système nerveux végétatif. Elle ne formule aucune opinion personnelle, ni ne relate aucune recherche thérapeutique. Elle croit que ce qui a empêché quelques cliniciens d'obtenir des résultats probants avec les agents chimiques, c'est le défaut

d'examen systématique du vague et du sympathique. Or l'expérience tend de plus en plus à montrer que les types végétatifs purs n'existent pas, que dans le même organisme, vague ou sympathique prédominant suivant les régions et les moments et enfin qu'aucun des agents chimiques électifs même bien employé, n'a d'action aussi favorable que l'opium.

La médecine légale est décrite avec soin. Les conclusions sont trop longues et ne mettent pas en relief les points essentiels.

L'étude que nous venons de résumer donnerait presque l'impression d'avoir été faite plus à la bibliothèque que dans les quartiers de malades. Nous lui ferons surtout la critique de nous décrire avec complaisance une anxiété anodine, celle des gens du monde ou de petits malades et non celle des aliénés véritables. Une seule observation du reste s'applique à une malade internée. L'introspection ou les citations, même des bons auteurs, ne doivent être que les aides de la clinique. Nous croyons que si l'auteur avait observé plus directement les aliénés, elle n'aurait pas écrit que la douleur morale n'est pas un élément nécessaire pour l'anxiété. On peut se demander si elle a vraiment *vu* cette affreuse douleur indicible qui fige ou qui secoue le mélancolique.

C'est pourquoi, malgré les qualités incontestables du mémoire malgré la valeur d'observations psychologiques fines et pénétrantes, nous croyons que l'essentiel du sujet, à savoir l'étude de la grande anxiété des malades d'asile, n'a été qu'ébauchée. Cela nous fait regretter de ne pouvoir proposer le prix le plus important de notre société pour Mlle Chiarli.

Mais il ne serait pas juste de laisser sans récompense un travail si important, si soigné, si intéressant, aussi nous proposons à la société de décerner à Mlle Chiarli une mention très honorable et une somme de huit cents francs.

Ces conclusions sont adoptées par la Société.

Question posée pour le prochain prix Aubanel :
« *Les troubles mentaux dans le Tabes* ».

Rapport sur le Prix Moreau de Tours

La commission du prix Moreau de Tours (MM. Claude, Lhermitte et Trénel, rapporteur) n'a eu à examiner qu'un seul ouvrage présenté par M. Baruk : *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*. C'est un travail de première importance et qui comble une lacune dans la littérature de la pathologie cérébrale et mentale. Il n'existe en effet pas de revue d'ensemble sur ce sujet, du moins de date récente non plus à l'étranger qu'en France. Les importantes Leçons de Christiansen, par exemple, dont nous avons rendu compte ici l'an dernier sont muettes sur ce côté de la question.

Nous pensons qu'il sera intéressant de donner une analyse complète de ce remarquable travail.

Il est basé sur l'étude de 55 observations personnelles de tumeurs cérébrales et constitue ainsi à la fois une mise au point générale, et une contribution originale. Il est impossible d'analyser sommairement les éléments principaux d'une question aussi vaste et aussi complexe qui a trait aux problèmes les plus multiples de physiologie et de pathologie cérébrale. Nous insisterons simplement sur quelques notions nouvelles qui se dégagent de ce travail et en constituent la part originale.

L'étude psychiatrique détaillée des troubles mentaux avait été faite surtout jusqu'à présent d'une façon fragmentaire. La plupart des auteurs décrivaient sous les vocables les plus divers les syndromes mentaux observés. On insistait en général sur l'obnubilation, la bradypsychie, la torpeur, etc. L'auteur s'est attaché à montrer que la plupart de ces troubles ressortissent à la *confusion mentale* et fait de cette confusion mentale une étude clinique, séméiologique et psychologique très approfondie.

I. CONFUSION MENTALE. — La *confusion mentale* des tumeurs cérébrales mérite de prendre une place très importante à côté des autres formes étiologiques de

confusion mentale (infections, intoxications, etc.) décrites surtout jusqu'à présent. Elle se traduit tantôt par son aspect classique, tantôt par des manifestations chroniques, pseudo-déméntielles.

Les formes habituelles se traduisent par le ralentissement mental mais auquel s'associent, très souvent, de la désorientation et de l'onirisme qui portent nettement le cachet confusionnel. Dans certains cas, l'onirisme est extrêmement prédominant, s'accompagnant d'ecmnésie. D'autres fois, ces troubles s'associent à la harcolepsie et au sommeil pathologique.

La *confusion mentale chronique* simule au premier abord les états déméntiels, notamment la paralysie générale, d'autres fois, le syndrome de Korsakoff, ou la démence précoce. Mais un examen attentif montre en général toute une série de nuances cliniques qui rattachent en réalité ces états à la confusion mentale et non à une démence vraie. Les simples variations du tableau clinique font succéder d'ailleurs souvent des aspects de confusion typique aux aspects pseudo-déméntiels. On ne saurait trop insister sur l'importance du diagnostic différentiel avec la paralysie générale qui se pose si souvent en pratique.

L'auteur fait en outre une étude psychologique de ces états confusionnels.

Cette notion de la fréquence de la confusion mentale au cours des tumeurs cérébrales présente une grande importance pratique : en présence d'un tableau confusionnel qui ne fait pas sa preuve, il faut chercher avec soin des signes possibles d'hypertension intra-crânienne ; en présence d'un aspect rappelant à première vue la paralysie générale, il faut se défier, surtout si les signes humoraux sont atypiques, d'une tumeur cérébrale.

A côté de la confusion mentale, l'auteur étudie les *troubles mélancoliques et dépressifs prémonitoires* dont il faut savoir également dépister la nature. Moins importants sont les états déméntiels vrais, les délires systématisés, etc.

Quelle est la *valeur séméiologique de cette confusion*

mentale dans les tumeurs cérébrales ? Son étude peut donner des indications intéressantes sur la localisation de la tumeur. S'agit-il de poussées confusionnelles transitoires, tardives et peu marquées, on pensera plutôt à la simple hypertension intra-cranienne, qu'elle soit symptomatique d'une tumeur de siège variable ou d'une méningite séreuse.

S'agit-il, au contraire, d'une confusion profonde, précoce, précédant les signes somatiques, et progressive, on pensera plutôt à une tumeur frontale ou calleuse. D'autre part, la prédominance marquée de l'onirisme s'observe plus souvent dans les tumeurs juxtaventriculaires, où dans lesquelles la dilatation ventriculaire est précoce et accentuée ; les formes narcoleptiques et avec sommeil pathologique sont en faveur d'une localisation basilaire et infundibulaire. L'auteur s'attache particulièrement à l'étude de ces formes somnolentes et de leur diagnostic avec l'encéphalite léthargique. Ces diverses notions sont loin d'avoir une valeur absolue et doivent toujours être confrontées avec les signes somatiques, neurologiques, mais on voit cependant que l'examen psychiatrique peut donner des renseignements très utiles pour le diagnostic de localisation.

II. LES HALLUCINATIONS. — Nous ne pouvons passer ici en revue les divers problèmes de localisation étudiés avec grand détail dans ce travail. Cependant l'étude des hallucinations mérite une mention à part.

Les tumeurs cérébrales constituent un remarquable champ d'étude pour préciser la pathogénie de certaines hallucinations. Celles-ci peuvent être en pareil cas de trois sortes :

a) des hallucinations liées à l'atteinte des zones sensorielles, occipitales ou temporales, le plus souvent visuelles, simples ou complexes, associées à l'hémianopsie et qui présentent une réelle valeur localisatrice. Dans le même ordre d'idées, l'auteur a pu rapporter une observation d'hallucinations lilliputiennes au cours d'une tumeur de l'hypophyse probablement par irritation du nerf optique. Ces hallucinations sont en général conscientes.

b) des *hallucinations liées à l'onirisme*, le plus souvent visuelles avec les caractères du rêve.

c) des *hallucinations plus complexes*, parfois polysensorielles, parallèles à certaines poussées d'hypertension intra-cranienne.

III. LES TROUBLES DU LANGAGE. — Les tumeurs de la région temporo-pariétale gauche peuvent donner lieu à toute une série de troubles du langage, parfois assez particuliers. A côté de l'aphasie classique, du type de l'aphasie de Wernicke, ou de Broca, l'auteur insiste sur des troubles beaucoup plus frustes de la parole, se traduisant par un oubli du vocabulaire, un trouble de l'évocation des substantifs, en un mot par le tableau de l'*aphasie amnésique*, dont l'auteur rapporte plusieurs observations. La lenteur des réponses est en pareil cas due au trouble de l'évocation des mots, et doit être soigneusement différenciée du ralentissement mental confusionnel. Signalée par Kennedy, l'aphasie amnésique des tumeurs temporo-pariétales vient d'être tout récemment confirmée et étudiée par Janota.

IV. LES TROUBLES DU SOMMEIL. — La séméiologie de la narcolepsie, du sommeil pathologique, sa différenciation avec la torpeur, et sa valeur séméiologique ont retenu tout particulièrement l'attention de l'auteur.

Nous n'insisterons pas sur les syndromes du lobe frontal (puérilisme, moria, etc.), du corps calleux, de la base et de la région infundibulo-hypophysaire, de la région temporo-pariéto-occipitale, longuement étudiées dans ce travail.

V. PATHOGÉNIE. — La pathogénie des troubles mentaux est complexe dans les tumeurs cérébrales. A côté des processus classiques de compression, de réactions inflammatoires de voisinage, d'intoxication, l'auteur insiste surtout sur le rôle de l'*hypertension intra-cranienne*.

Il montre à l'aide de recherches anatomo-cliniques le rôle exact de cette hypertension : dans une première phase on constate surtout une augmentation de la pression ventriculaire et une *distension des cavités ventri-*

culaires, d'ailleurs paroxystiques. Cette période correspond surtout aux poussées confusionnelles transitoires, les troubles confusionnels se moulant en quelque sorte sur les poussées hypertensives.

Plus tard l'hypertension intracrânienne en se prolongeant aboutit à l'*œdème cérébral*. C'est à cette période qu'apparaissent les troubles mentaux profonds, prolongés et plus ou moins irréductibles.

A côté de ces divers mécanismes, il faut, bien entendu, tenir compte de la localisation de la tumeur, et à ce point de vue les *tumeurs des lobes frontaux et du corps calleux* donnent lieu précocément à des troubles mentaux profonds indépendamment même de l'hypertension intracrânienne.

Il est très important en pratique de faire le départ entre ces différents processus pathogéniques, comme le permettent certaines épreuves thérapeutiques.

VI. TRAITEMENT. — Celui-ci peut-être dirigé soit contre l'hypertension intracrânienne, soit contre la tumeur elle-même.

L'auteur étudie d'abord les divers procédés utilisés contre l'*hypertension intracrânienne*. (Ponction lombaire ventriculaire, trépanation décompressive, etc...). En outre, il insiste sur certains moyens médicaux, et en particulier sur les *injections hypertoniques intraveineuses* qu'il a été un des premiers à utiliser en France. Ces moyens thérapeutiques peuvent, en outre présenter un *intérêt diagnostic* capital : en faisant disparaître la confusion mentale liée à l'hypertension intracrânienne, ils permettent de faire un examen neurologique plus précis en vue du diagnostic de localisation. Dans certains cas on peut même dissocier dans le tableau des troubles psychiques ce qui revient à l'hypertension et ce qui revient à la localisation, comme dans un cas de tumeur frontale où une injection hypertonique fit disparaître une torpeur profonde, mais laissa persister une désorientation avec onirisme et confusion liée probablement à la localisation de la tumeur.

Les divers autres moyens de traitement (interventions chirurgicales diverses, radiothérapie, etc.) sont

étudiés en détail avec un certain nombre de faits personnels.

Une partie importante de ce travail est consacrée à l'exposé détaillé des observations, avec, le plus souvent, des examens psychiatriques répétés et longuement suivis.

Nous avons exposé, peut-être un peu plus longuement qu'il n'est coutume à propos d'un rapport de prix, les détails de ce travail, mais il nous a paru que son importance justifiait l'étendue de notre exposé.

Nous vous proposons d'accorder, avec félicitations, le prix Moreau de Tours, à M. Baruk.

La Société consultée adopte ces conclusions et décerne le prix *Moreau de Tours*, avec ses félicitations, à M. le D^r Baruk.

Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonie ; les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection. (*Présentation de malade*).

Par MM. H. BARUK et MOREL (de Genève) (1).

**Le parégorisme : opiomanie
par élixir parégorique. A propos d'un nouveau cas**

par M. TRÉNEL et P. LELONG

L'un de nous a présenté, il y a trois ans, à la Société clinique de Médecine mentale un cas d'opiomanie par élixir parégorique ; c'est, croyons-nous, la première observation de ce genre qui ait paru dans la littérature

(1) En raison de son importance, cette communication paraît à titre de mémoire dans les *Annales* (voir p. 12).

médicale (1). M. Dupouy en a cité ici d'autres cas (2) et faisait ressortir que la facilité avec laquelle les toxicomanes se procurent le médicament est due à ce qu'il n'est pas inscrit dans la liste des toxiques. Récemment M. Heuyer a repris la question à la Société de Médecine légale (3).

Le *parégorisme*, si l'on nous permet ce néologisme, est une variété nouvelle de *thériakis*, à la façon de Thomas de Quincey et dont la fréquence est sans aucun doute beaucoup plus grande qu'il n'apparaît d'après le faible nombre de cas connus, d'autant plus qu'il est vraisemblable que les toxicomanes de ce genre échappent à l'observation médicale.

Cette rareté des faits enregistrés cliniquement nous a engagés à donner ici cette nouvelle observation qui montre que l'élixir a bien perdu sa qualité d'*anodin*, sens étymologique du mot parégorique.

C..., Marie (212.106), artiste lyrique, 34 ans, entrée le 22 août 1927.

Pas d'antécédents héréditaires. Père décédé (?), était artério-scléreux. Mère morte de cancer utérin. Un frère valide. Une fille de 11 ans bien portante.

A contracté la syphilis il y a 7 ans, a été énergiquement et régulièrement traitée. Le B.-W. a été rapidement négative, s'est montré tel à des examens répétés, ce que confirme l'examen actuel.

Elle aurait eu une première période dépressive à l'âge de 7 ans. Placée à cette époque jusqu'à 14 ans dans une pension religieuse, elle y serait devenue très mystique, enthousiaste, exaltée. Rentrée dans sa famille, elle prend un amant à l'âge de 17 ans, non par sensualité — elle dit être très froide — mais pour avoir de belles robes et jouir de sa liberté.

A 19 ans, elle fait une nouvelle période dépressive de

(1) TRÉNEL. — *Bull. de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 21 déc. 1925, t. 13, p. 118.

(2) DUPOUY. — In discussion de la communication de H. BEAUDOUIN. A propos de la délivrance des médicaments hypnotiques. *Annales médico-psychologiques*, 12^e série, T. I, 1926, p. 459.

(3) HEUYER. — Sur la vente sans ordonnance d'élixir parégorique. *Annales de Médecine Légale*, 5-mai 1928, 8^e année, n° 5.

trois ou quatre mois avec alternatives d'énervement et de lassitude, sans délire.

Un danseur la lance, elle devient artiste lyrique et danseuse. Elle a des succès et a connu la vogue (renseignement donné par un de nos notables littérateurs). Son caractère, elle nous le décrit ainsi elle-même : « Je suis fantasque et capricieuse. Il faut peu de chose pour me déplaire, pour que tout le prestige tombe. Dans l'intimité, je suis très susceptible et très orgueilleuse. J'ai des opinions très arrêtées ; j'ai une intelligence négative, ce qui veut dire que je ne suis pas bête, mais je manque de volonté. Je m'intéresse passionnément à tout ce qui concerne mon art... » Etant donné ce caractère et sa profession, il n'est pas étonnant qu'elle se soit livrée à l'abus de tous les toxiques depuis de nombreuses années. Nous y reviendrons plus loin, n'ayant obtenu ses confessions qu'une fois guérie. Elle a fait une cure de désintoxication en 1920-21, dans une maison de santé. Depuis cette époque, elle se borne à prendre l'élixir parégorique à la dose de 60 grammes par jour.

Le 26 octobre 1925, violente émotion à la mort de son père, état d'angoisse avec palpitations. Il lui semblait qu'elle gardait l'odeur du mort (c'est la première fois qu'elle voyait un cadavre). Elle est alors soignée dans une maison de santé.

Elle a eu une liaison avec un homme marié, devient enceinte, se fait avorter au 2^e mois, en juin dernier. Elle a une scène violente avec son ami où elle fait des menaces, brisé des vitres, scène qu'elle attribue à la crainte d'être abandonnée ; plus vraisemblablement due à l'intoxication. Elle serait, vers cette époque, restée 48 heures dans le coma. (Nous n'avons pu savoir s'il y avait eu tentative de suicide ou un incident dû à son toxique habituel pris à doses massives).

En réalité des troubles mentaux caractérisés se développent : elle manifeste des idées de persécution sur un fonds mélancolique et dont nous donnerons plus loin le récit qu'elle ne nous a fait qu'après que son état se fut amélioré.

Elle tombe dans une anxiété extrême avec refus de nourriture, énonciation d'idées de suicide. Elle entre alors à l'asile clinique le 22 août 1927.

Elle présente l'aspect de la mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, conviction qu'elle est incurable. Ses

réponses, sont fragmentaires, presque monosyllabiques, elle fait de vagues aveux d'usage de toxiques, mais on ne peut obtenir d'elle que des renseignements par bribes, quoiqu'elle ait conservé toute sa lucidité. Facies angoissé, attitude lasse, émaciation extrême. Aucun signe neurologique. Elle reste docile, facile à diriger, mais accepte difficilement la nourriture.

Aux encouragements qu'on lui prodigue, elle répond d'une façon entrecoupée : « J'ai tristement compris tout ce qui se passe, tous ces gens ont fait des rapports contre moi. Il y en a tellement que je ne sais plus, je ne peux pas vous... Tout un tas... je me demande pourquoi ils ont attendu que je sois ici pour le faire... j'entends dans les salles des noms que je connais. Ce sont les malades qui se jouent de moi. On me traite de menteuse, voleuse, pute, syphilitique. » Elle raconte en litanie sa rencontre avec un certain Roger qui était un voleur ; parle de ses camarades, les décrit : « Marinette avait une robe rose et Roger l'avait probablement volée... je suis une mauvaise femme, une mauvaise mère, une fille publique. J'ai rencontré des gens qui se sont intéressés à moi, je ne le méritais pas... on m'a accusé d'avoir volé un manteau. J'étais malade, on m'a amenée à l'hôpital ; j'avais un manteau que m'avait prêté une amie. Une sortante de l'hôpital m'a demandé de le lui prêter pour sortir et ne me l'a pas rendu. L'infirmière m'en a donné un, je l'ai laissé dans un café, mais je ne l'ai pas volé... » Ce sont évidemment là des souvenirs d'événements plus ou moins répréhensibles de sa vie de dévoyée et d'intoxiquée qu'elle confesse mélancoliquement.

Cet état dure deux mois. Peu à peu, vers la mi-novembre, elle devient plus accessible, accepte la conversation, se lie avec l'entourage, puis en quelques jours, en même temps que son état général s'améliore, se développe un état maniaque : d'abord tout à fait désordonnée, ce qui nécessite son isolement, elle n'est plus au bout d'un mois que turbulente avec maniérisme, coquetterie, danses, chants. Il Il serait plus exact de dire *état mixte*, car avec ces symptômes maniaques coexiste une persistante angoisse avec crise de tachycardie qui est favorablement influencée par l'usage de la teinture de belladone.

Depuis le mois de février, elle se calme peu à peu, reprend pied, se tient correctement, accepte de se livrer à un travail utile. Elle se décide à ce moment (22 février), à donner quelques détails plus précis sur son état mental, au

moyen desquels il est possible de reconnaître rétrospectivement son histoire.

Tout le monde savait son histoire, les chauffeurs de taxis lisaient dans ses yeux qu'elle était folle ; on lui faisait des reproches sur sa vie ; onirisme visuel : visions de personnages connus qui parfois parlaient ; fausses reconnaissances. Les voix qu'elle entendait étaient déformées, soit genre phonographe ou haut-parleur, soit assez lointaines ou basses. Elle les entendait par l'oreille. C'était une véritable conversation qu'elle suivait, à laquelle elle n'avait plus à répondre. « A ce moment, j'ai eu comme dix personnes en moi, dont l'une était lucide. » La voix est douloureuse, s'accompagne d'angoisse terrible, surtout avec la conscience de la folie. Elle est sûre que ce n'est pas une voix réelle. « J'use mon mal en me mettant à danser et chanter (ce qu'elle faisait en effet). Je sens que je l'use. Je suis *folle lucide*. »

Le contenu des hallucinations est toujours le même : « Reproches sur ma vie. Tu n'aurais pas dû faire cela ; si tu ne l'avais pas fait, tu n'en serais pas là. » Mais sans grossièretés ni injures. « Pendant ma folie c'était la balance, il y avait autant d'excuses que de reproches, de discussions, avec arguments multiples » : elle y répondait automatiquement.

Elle a eu de l'écho de la pensée (mais pas de commentaires sur ses actes) : « J'avais un rythme en tout ce que je faisais. » Elle a eu aussi de la transmission de pensée : communication mentale avec ses voisines ; un regard de sa part lui signifiait sa réponse. Actuellement (ces notes sont du 22 février 1928), elle lutte contre ses tendances à interpréter, parfaitement conscientes.

Son état physique s'est amélioré conjointement avec l'état mental et elle sort guérie le 20 avril 1928.

En ce qui concerne son usage des stupéfiants, elle s'intoxique depuis 1909. Elle s'est morphinisée. « Les meilleures satisfactions de ma vie sont dues à la morphine. » Elle a pris aussi par snobisme de la cocaïne, de l'opium, de l'éther. Elle prétend que la cocaïne la laissait indifférente et qu'elle n'en ressentait aucun plaisir. L'éther lui procurait une sensation d'étouffement. Elle a gardé mauvais souvenir de l'héroïne qui lui faisait voir des serpents, des bêtes hideuses, lui faisait

apparaître des visions indifférentes de personnes connues. Par le pantopon elle éprouvait une sensation de légèreté et d'augmentation de volume de son corps, de sorte qu'elle s'imaginait qu'elle ne pourrait plus passer par la porte de sa chambre, phénomène qui lui était très désagréable, si bien qu'elle y a vite renoncé. (Aurait-elle pris une préparation au haschisch ? elle ne nous renseigne pas à ce sujet).

Elle a successivement abandonné les autres toxiques pour s'adonner en dernier lieu à l'élixir parégorique dont elle usait uniquement, prétend-elle, au moment de son entrée, sans nous l'avoir, à ce moment, avoué. Tandis que des autres toxiques, elle a usé par imitation, elle a pris de l'élixir pour une entérite, sur ordonnance, et s'est rapidement habituée à son usage journalier. Depuis 6 ans, elle en prenait 60 grammes, soit 0,13 centigr. d'extrait d'opium ou 3 centigr. de morphine (1), par jour, sans jamais, affirme-t-elle, dépasser cette dose. Elle en absorbait 30 grammes le matin pour dissiper l'état de fatigue qu'elle ressentait au réveil et 30 grammes le soir avant son entrée en scène pour se mettre en train. Et cela non pas pour éviter le *trac* qu'elle n'a jamais éprouvé, mais pour se donner du ton ; car son genre est chanteuse légère avec danses. Or, elle est, nous dit-elle, d'un caractère triste, quoiqu'elle ait la réputation d'une amuseuse. Elle était, en effet, très boute-en-train, nous ont assuré ses amis, lesquels ajoutaient qu'elle avait connu une période brillante et que c'est la toxicomanie qui l'avait fait sombrer. On peut donc penser qu'elle absorbait des doses plus élevées que celles qu'elle avouait. Comme ses congénères, elle se procurait l'élixir sans la moindre difficulté.

Notre première malade prenait 240 grammes d'élixir par jour, soit 0,60 centigr. d'extrait ou 0,12 centigr. de morphine. Les troubles mentaux n'étaient pas sans quelque analogie avec ceux de notre présente observation. En particulier, ce qui prédominait chez elle, ce furent

(1) Rappelons que l'élixir du Codex correspond, pour 10 gr. à 0,05 cent. de poudre d'opium, 0,25 cent. d'extrait, 0,005 milligr. de morphine.

les fausses reconnaissances, mais tandis que la malade C. les corrigeait, les appréciait comme telles, celle-ci ne les corrigeait pas et, chez elle, elles étaient beaucoup plus riches et prenaient la forme fabulante. Elle avait des idées d'influence et des hallucinations psychiques. Elle avait des cauchemars zoopsiques obsédants comme Thomas de Quincey. On sait que celui-ci était persécuté par les crocodiles ; pour notre malade c'était des têtes d'aigles.

L'opiomanie par élixir parégorique est donc devenue dangereuse, car la connaissance de la nature de ce médicament est manifestement répandue à l'heure actuelle dans le monde des toxicomanes et les pharmaciens ne se font aucun scrupule d'en fournir, ceux là même qui agissent en toute honnêteté, et nos malades s'en procuraient avec la plus grande facilité.

Reprenant la proposition non suivie d'effet, faite par M. Sollier, que la Société Médico-Psychologique émette un vœu pour la réglementation de la délivrance des hypnotiques, nous demandons le vote du vœu suivant que le bureau de la Société pourrait se charger de transmettre aux autorités compétentes :

La Société Médico-Psychologique considérant l'extension que prend l'usage de l'élixir parégorique, parmi les toxiques, comme opiacé, émet le vœu que ce médicament soit inscrit au tableau A (au même titre que le laudanum) et que la délivrance par les pharmaciens en soit fixée à la dose de 30 grammes, dose maxima pro die pour l'adulte, et soit soumise à l'obligation du renouvellement de l'ordonnance (1).

(1) Rappelons que le dernier alinéa de l'article 21 du décret du décret du 14 septembre 1916 permet aux pharmaciens de « renouveler les ordonnances ne portant pas de mention spéciale, et prescrivant en nature, mais à doses n'excédant pas 5 grammes, le laudanum ou la teinture de noix vomique ». Cette disposition nous paraît large, néanmoins, à défaut d'autre, elle pourrait être appliquée à l'élixir parégorique à la dose de 30 grammes pour les adultes.

DISCUSSION

M. LEROY. — J'appuie la conclusion de M. Trénel, et je crois que la Société pourrait voter ce vœu de suite, sans nommer une commission.

M. DUPOUY. — Je confirme ce que vient de dire le D^r Trénel. Je soigne en ce moment une malade qui absorbe chaque jour 300 grammes d'élixir.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Je pense qu'il ne faut pas voter d'enthousiasme une notion quelconque, mais soumettre la question à l'examen d'une commission.

M. BEAUDOUIN. — Il faudrait vérifier si l'élixir n'est pas implicitement compris au tableau A. Une question semblable s'est posée pour les barbituriques qui vont sans doute prochainement être classés au tableau A.

A la suite de cette discussion, on nomme une commission composée de MM. Trénel, Dupouy, Mignot, Beaudouin et de Clérambault, chargée d'étudier la question et de proposer un vœu.

La séance est levée à 17 h. 1/2.

Les Secrétaires des séances,

P. GUIRAUD, BUSSARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 21 Mai 1928

Un cas de confusion mentale post-opératoire (Rachicocainisation, résection du nerf présacré, par M. LELONG. — Femme de 28 ans ayant subi le 1^{er} avril dernier la résection du nerf présacré, dit de Latarjet pour des troubles dysménorrhéiques douloureux remontant à six mois. Le soir même de l'opération se déclare un état de confusion avec accès d'agitation et d'onirisme. Tentative de déféstration. Actuellement désorientation, fausses reconnaissances, perplexité anxieuse. Périodes d'excitation, refus d'aliments, gâtisme. Examen somatique négatif. L'auteur discute l'étiologie complexe : anesthésie rachidienne par la scurocaïne, sympathectomie, choc opératoire physique et moral. Le facteur prédisposition se réduit à l'hyperémotivité.

Psychose hallucinatoire chronique et Syntonie, par MM. P. GUIRAU et B. GAILLEUX. — Présentation d'un malade atteint depuis 27 ans de psychose hallucinatoire avec délire bien systématisé. Les auteurs insistent sur l'association à cette maladie d'une constitution syntone et pycnique. Ils démontrent d'autre part que le sujet ne présente aucun des critères caractérisant la schizophrénie. Conformément à la tradition française, ces délires chroniques doivent être distingués de l'hébéphréno-catatonie. Pour le malade, les hallucinations ne diffèrent en rien de celles qui résultent d'une irritation corticale.

Délire de persécution consécutif à des accès de psychose maniaque dépressive affective chez une psychasthénique, par MM. P. COURBON et J. RONDEPIERRE. — Présentation d'une femme de 46 ans qui, psychasthénique constitutionnelle, et ayant fait à la suite d'accouchement ou d'émotions violentes des accès de manie et de mélancolie accompagnés de confusion mentale et d'idées délirantes polymorphes, s'achemine

vers un délire de persécution par l'interprétation de ses scrupules et de ses hésitations psychasthéniques. Le premier intérêt du cas est de montrer que la psychose maniaque dépressive des déséquilibrés constitutionnels a pour caractère étiologique que ses accès ont toujours une cause occasionnelle, et pour caractère clinique que ses accès comportent outre l'excitation et la dépression, des signes polymorphes. Cette psychose maniaque dépressive affective est à opposer à la psychose maniaque dépressive dynamique où les accès viennent sans causes occasionnelles et n'ont que de l'excitation et de la dépression. Le second intérêt du cas réside dans la preuve de la transformation de la psychasthénie en délire.

Perversions sexuelles (masochisme et homosexualité) chez un déséquilibré mélancolique et alcoolique, par M. LEROY. — M. Leroy rapporte l'observation d'un jeune Anglais entré dans son service pour délire alcoolique, tentatives de suicide qui, au bout de plusieurs mois, s'enfonce une aiguille dans la région précordiale. Le malade est un grand déséquilibré héréditaire qui, dès l'âge de 5 ans, pensait à de belles femmes devant être nécessairement cruelles. De 6 à 8 ans, il a comme maîtresse d'école une jeune fille de 20 ans qui pour le punir le frappe avec une règle sur les doigts, d'où plaisir sexuel. Peu à peu, en grandissant, le jeune homme ébauche un système sexuel : beauté, douleur et cruauté. A la puberté, ses tendances deviennent homo-sexuelles, tout en conservant leurs caractères. Il se livre aux jeux de boxe pour le plaisir de recevoir des coups. Emigré en Amérique, il y fait la connaissance d'un soldat allemand de son âge (20 ans), avec lequel pendant 2 ans, sans relations sexuelles entre eux, il se livre à des scènes voluptueuses fréquentes par piqure sur les bras, les épaules, la poitrine. Séparation brutale par le suicide de l'Allemand. C'est pour revivre les heures de bonheur passées que le malade s'est enfoncé une aiguille dans la poitrine. Le sujet est un mélancolique constitutionnel, qui n'a jamais eu de rapports avec des femmes et n'aurait jamais eu non plus avec les hommes de pratiques homosexuelles.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance du 24 Mai 1928

Réactions médico-légales et perversions instinctives chez un post-encéphalitique. — M. HEUYER présente une parkinsonienne post-encéphalitique qui, malgré son état maladif évident, a subi sept condamnations pour vols.

Démonstration du syndrome moteur catatonique chez le chat par injection de bulbocapnine. — M. H. DE JONG présente un chat auquel il a injecté 75 mgr. d'hydrochlorate de bulbocapnine et qui montre la conservation des attitudes. Le galvanomètre indique un double rythme comme dans la contraction volontaire et sous l'influence de la strychnine. La bulbocapnine ne provoque la catalepsie que lorsque le cortex cérébral du chat est intact.

Encéphalite épidémique chronique à forme de psychose hallucinatoire, par MM. P. SCHIFF et A. COURTOIS. — Maladie ayant autrefois fait une atteinte encéphalitique et qui a eu, il y a un an, une reprise de son affection avec somnolence, diplopie, trachycinésie. A l'heure actuelle, parkinsonisme et troubles hallucinatoires : hallucinations auditives presque incessantes, hallucinations olfactives et gustatives. Automatisme mental : sentiment d'étrangeté et de dédoublement de la personne; vol de la pensée.

Les cas qui ont été publiés, de délire hallucinatoire au cours de l'encéphalite prennent la forme d'hallucinoïse avec délire fantastique. Le syndrome que présente le malade se rapproche davantage du délire chronique de Magnan.

Récidives dominicales de vengeance par alcoolisme de désœuvrement, par Paul COURBON et Jacques RONDEPIERRE. — Présentation d'une couturière de 46 ans qui pendant la semaine mène à l'atelier qu'elle n'a pas manqué un seul jour, la vie d'une ouvrière laborieuse et réglée, mais qui, le dimanche, sous l'influence de la boisson commet au détriment des voisins contre qui elle a de menus griefs de mitoyenneté, des déprédations plus ou moins dangereuses : barbouillage de portes, incendie de paillasson. Ce sont des actes de vengeance qui n'ont jamais lieu pendant les journées ouvrables parce que le travail empêche cette femme à

la fois de ressasser les offenses, c'est-à-dire, d'être sollicitée à la riposte, et de boire, c'est-à-dire de perdre la maîtrise d'elle-même.

Délire de persécution avec hallucinations consécutif à une confusion mentale. Polynévrite, — LAIGNEL-LAVASTINE Pierre, KAHN et R. BONNARD présentent une malade atteinte d'impotence et de déformations des mains et des pieds, séquelles d'une quadriplégie d'apparence polynévritique, qui s'était accompagnée de confusion mentale. A la suite de cette confusion s'est constituée une psychose hallucinatoire avec idées délirantes interprétatives de persécution. Les hallucinations, auditives verbales et visuelles verbales au début, sont restées purement auditives et ont pris le caractère d'hallucinations psychiques : la malade est en communication avec un homme qu'elle n'a jamais vu, dont elle entend les paroles et qui lui révèle les machinations dont elle est la victime. On peut se demander si les deux syndromes neurologique et psychiatrique n'ont pas la même origine infectieuse.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin-Chef de Service est actuellement vacant à l'Asile Public d'aliénés de La Charité (Nièvre), par suite de la nomination de M. le D^r Beaussart, en qualité de Médecin-Directeur de ce même établissement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. Jean Lépine, docteur en médecine, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Titres exceptionnels. — « Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, depuis 1912, et doyen de la Faculté depuis 1928, a rendu des services exceptionnels tant par son remarquable enseignement que par sa sage et active administration en collaboration constante avec la direction de l'Ecole du Service de santé militaire. A contribué ainsi, de la façon la plus heureuse, à la formation de nombreuses générations de médecins militaires. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix Albert de Monaco (100.000 fr.). — Dans sa séance du 19 juin 1928, l'Académie a procédé au vote sur l'attribution de ce prix. Celui-ci a été attribué à M. Nageotte, professeur d'histologie au Collège de France, médecin de la Salpêtrière, pour l'ensemble de son œuvre. Toutes nos félicitations à notre savant collègue.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



*Esquirol et les débuts de l'enseignement
de la Psychiatrie à Edimbourg*

Sir Alexander Morison, séduit par l'exemple d'Esquirol, eut le premier l'idée de créer, en Ecosse, un enseignement méthodique de la Médecine Mentale.

Né à Edimbourg le 1^{er} mai 1779, il entra à l'âge de treize ans à l'Université, devenait à quinze ans l'aide de deux chirurgiens en renom, Alexander et George Wood, avec des appointements annuels de 60 livres. A 20 ans, il était docteur en médecine.

Un an auparavant, il avait épousé une riche cousine si bien que, malgré qu'il fût, depuis 1801, fellow du Royal College of Physicians, il négligeait

la médecine pour s'adonner à l'agriculture, ce que lui permettait l'étendue de ses vastes propriétés.

En 1808, il change d'idée, se rend en Angleterre où il devient Fellow du Royal College of Physicians, pratique en même temps, mais sans grand succès, à Londres et dans le Comté de Surrey et songe de nouveau à abandonner la médecine quand, en 1809, grâce à de puissants appuis, il est nommé médecin inspecteur de l'Asile privé d'aliénés du canton de Surrey.

Dès lors, il a trouvé sa voie. Comme bien d'autres, il se passionne pour l'étude des maladies mentales ; pendant dix ans il remplit ses fonctions avec un zèle jamais démenti, si bien qu'en 1817 il espère obtenir un des huit postes de Commissioner in lunacy prévus par un projet de loi sur le régime des aliénés, en instance devant le Parlement.

Le projet de loi est rejeté. Un des frères de Morison lui conseille d'aller visiter à Paris les services d'aliénés, alors au faite de leur renommée. C'est alors qu'il rencontre Esquirol qui, l'année précédente, en 1817, avait inauguré un cours de Clinique des Maladies mentales où affluaient des médecins venus de toutes les parties de l'Europe. L'impression profonde qu'il ressentit de sa fréquentation avec Esquirol lui donna l'idée de l'imiter. Il rentra en Angleterre pour voir rejeter successivement par la Chambre des Lords trois projets de loi sur le régime des aliénés, votés par les Communes.

Ceci se passait en 1820. Morison était alors attaché en qualité de médecin particulier à la per-

sonne de la Marquise de Bute, fille du richissime banquier Thomas Coutts, avec laquelle il voyagea en Italie. En 1822, Coutts mourut laissant la plus grosse partie de sa fortune à sa veuve qui, à son tour, s'attacha comme médecin Alexander Morison. Ce dernier avait de nombreux loisirs dont il profitait pour aller voir Esquirol, avec l'idée toujours arrêtée de faire créer une chaire de Clinique des maladies mentales dont il serait le titulaire.

Pour cela deux conditions étaient indispensables : avoir de l'argent; trouver une Université ou une Ecole de Médecine qui consentirait à accepter cette chaire.

Morison présente un plan détaillé à Mrs. Coutts qui s'engage à donner par an 100 guinées (qu'elle cessera, du reste, de verser au bout de la troisième année), à la condition que la chaire sera fondée à Edimbourg, sa ville natale et que les titulaires seront toujours des Ecossais. Une souscription faite parmi les amis et protecteurs de Morison produit 1.031 livres, mais en même temps se manifestent les préventions habituelles. Les parents du banquier défunt s'opposent à ce que le nom de Coutts soit donné à la nouvelle chaire, ce dernier n'ayant jamais eu d'aliénés dans sa famille.

Mme Coutts qui, avant d'épouser le banquier, avait été la célèbre actrice Harriett Mellon et qui devait, plus tard, devenir duchesse de St-Albans, donna à Morison des leçons d'élocution et un comité fut formé, composé des plus hautes personnalités d'Edimbourg.

Cela se passait dans les premiers mois de l'année 1823. Il fallait maintenant l'assentiment de

l'Université: Les choses n'allaient pas toutes seules. Le professeur de Chimie médicale, C. Hope, savant très influent qui avait découvert la densité de l'eau, contestait l'utilité de cette nouvelle chaire, et comme Morison lui objectait qu'on venait de fonder une chaire d'agriculture, il répondait qu'aucune analogie n'existait entre les deux choses. On pouvait concevoir une chaire d'agriculture, mais pas une chaire de labourage. Toute spécialisation en médecine lui semblait mauvaise: qu'advviendrait-il si un vieux gentleman goutteux fondait une chaire pour l'hydropisie, si l'on créait une chaire pour la pleurésie? Au surplus, la médecine mentale était déjà rattachée à la chaire de Pathologie médicale et à la chaire de Médecine légale.

La proposition de Morison, refusée par la Faculté, fut alors transmise au Lord Provost qui pouvait l'accepter au nom de la ville et, en même temps, on émettait l'idée de rattacher l'enseignement prévu à l'asile de Morningside, mais son fondateur, le professeur Andrew Duncan, s'y opposa.

Morison eut recours au Collège Royal des Physiciens et invoqua son patronage qui lui fut refusé par le président, le Docteur Andrew Duncan fils.

Sir Alexander Morison résolut alors de se passer de tout concours et d'agir seul. Au mois de novembre 1823, il inaugura à Edimbourg, une série de neuf conférences; la première attira six auditeurs. Il devait les continuer pendant trente ans. En 1826, il fit de même à Londres et continua ses cours jusqu'en 1852, époque à laquelle il quitta le



Bethlem Hospital, dont il avait été nommé médecin inspecteur.

Cette ténacité devait porter ses fruits. La ville d'Edimbourg possède un magnifique établissement, Morningside, destiné au traitement des aliénés. Il a été fondé en 1792 par le Docteur A. Duncan qui, dans son appel de fonds au public, n'avait pas manqué d'insister sur l'intérêt que cette fondation offrirait au monde médical pour l'étude et le traitement de la folie, ce qui ne l'empêcha pas, nous l'avons vu, de repousser les propositions de Morison. Morningside s'agrandissait de plus en plus, et, de plus en plus, on était frappé de ses immenses ressources cliniques demeurées inutilisées pour l'éducation des étudiants. Plusieurs vœux furent formulés pour remédier à cette situation. D'autre part, la Compagnie des Indes orientales modifiait ses règlements, exigeant de ses candidats au poste de médecin des connaissances suffisantes de Médecine mentale.

La question fut reprise par le Collège Royal des Physiciens et, un an après la cessation des cours de Morison, en 1853, des conférences cliniques furent instituées à Morningside; le superintendant médical Skaye en fut chargé. Il les fit pendant vingt ans.

En même temps, la Faculté s'éveillait. Le professeur Laycock s'était toujours intéressé à la médecine mentale; en 1859, il inaugura des leçons de psychologie médicale et de médecine mentale qu'il continuera jusqu'en 1873. Mais il manque d'éléments cliniques; la forte personnalité de Skaye lui interdit l'accès de Morningside. Il en est

réduit à utiliser l'asile privé de Millholm et à conduire son auditoire pendant les week-ends, dans des asiles de district, entre autres à Lochgilphead que dirige actuellement notre collègue et ami Donald Ross.

A la mort de Skaye, en 1873, Laycock entre en pourparlers avec son successeur, le Docteur Clouston, qui consent à lui ouvrir les portes de Morningside. Laycock restera professeur en titre, mais abandonnera à son collaborateur une partie du produit du cours.

En 1876, Laycock meurt et Grainger Stewart lui succède au professorat de Pathologie médicale. Il est du même âge que Clouston dont il a été camarade d'études, et n'a jamais étudié spécialement la psychiatrie.

La mésintelligence apparaît et le hasard s'en mêle. En 1878, un jour où Clouston était absent de l'asile ainsi que la plupart de ses assistants, c'est à un jeune chef de Clinique que revient la tâche de suppléer le professeur. Il voit des aliénés depuis 15 jours à peine et n'a pas l'habitude des malades, ne connaît pas ceux qui doivent faire l'objet du cours. Le premier de ceux-ci était atteint de délire des grandeurs et, s'appelant James King, se prenait pour le roi James. « Dites-moi, mon brave homme, commence le chef de Clinique, quel est votre délire ? » Irrité de cette familiarité et de voir taxer d'idée délirante la plus chère de ses convictions, le malade ne répond pas. L'autre insiste, lui demande son nom, sans plus de succès, et finit par lui dire : « M'avez-vous déjà vu ? » La réponse ne se fait pas attendre. « Oui, je

vous ai vu en enfer (1) et j'y ai vu aussi d'autres diables roux, comme vous. »

On devine l'effet produit. Comme le remarque si justement le professeur Robertson, tous ceux qui présentent des malades connaissent la joie qui s'empare de l'auditoire quand le malade prend l'avantage sur le médecin. L'aliéniste est habitué à ces avatars, il n'en est pas de même du médecin non spécialisé. Dans le cas actuel, ce fut une explosion de rires ; les étudiants se pâmaient, trépi-gnaient de plaisir en voyant le Professeur battu par le malade. Les cours de Clinique furent suspendus.

Six mois auparavant, Grainger Stewart, conscient de la fausseté de sa situation, avait déclaré qu'il fallait créer à Morningside un poste de professeur ou de chargé de cours. Il penchait pour le professorat, mais la Commission universitaire se prononça pour la création de cours spéciaux dans les universités d'Aberdeen, Glasgow et Edimbourg. Clouston, médecin-directeur de Morningside fut nommé chargé de cours. Il professa pendant vingt ans. Tout le monde s'accordait pour rendre hommage à ses profondes connaissances cliniques et à son talent d'orateur, aussi, en 1892, la présence à ses cours, jusque-là facultative, devint-elle obligatoire. Cette création de cours de Médecine mentale, la première en date, fut suivie de beaucoup d'autres. Plus de 300 chargés de cours touchant aux différentes branches de la médecine furent nommés depuis, si bien que le

(1) Le mot enfer « hell », est en même temps un juron. *Go to hell* correspond, en le renforçant à notre « Allez au diable ».

professeur Robertson se demande ce que, sans eux, deviendrait la Faculté.

En 1908, Clouston prit sa retraite. Il eut pour successeur, comme médecin-directeur de Morningside et chargé de cours, le Docteur George Robertson.

En 1919, à la suite d'un don de 10.000 livres, fait par Morningside à l'Université, une chaire de Clinique des maladies mentales fut créée à Morningside et le chargé de cours fut élevé au Professorat.

En dehors de Morningside, d'autres cours sur les maladies mentales ont été faits ou se font encore en Ecosse, à Larbert, au Stirling district asylum et au Bangour Village mental Hospital, près d'Edimbourg où conférie le Docteur John Keay.

L'influence d'Esquirol sur la création de cet enseignement fut et demeure indéniable. En 1817, nous l'avons vu, il inaugurait une série de leçons cliniques sur les maladies mentales avec le succès que l'on sait. Le 16 mars 1818, il faisait la connaissance de Sir Alexander Morison, lui montrait ses quartiers de la Salpêtrière et le recevait chez lui. Il le revoyait en 1818, en 1821, en 1822, époque à laquelle Morison élaborait son plan de conférences. Nouvelle visite de Morison en 1825. Entre temps ils correspondaient, Morison le mettait au courant de ses projets et Esquirol lui envoyait la liste de ses articles du *Dictionnaire des Sciences médicales*, lui confiait des moulages de cerveau, l'autorisait à utiliser certaines de ses planches. D'autres Ecossais, professeurs à l'Université d'Edimbourg, étaient également venus ren-

dre visite à Esquirol; entre autres, le professeur Combe, président du Royal College of Surgeons, Sir Robert Christison, etc.

Esquirol faisait une profonde impression sur ses visiteurs. Sa façon d'aborder les malades, de les entretenir, de les traiter, les remplissait d'admiration. « C'était une grande leçon morale », écrira plus tard le professeur Combe.

Esquirol, excellent clinicien, professeur hors de pair, écrivait peu. C'est lui qui, en 1825, répondant à une lettre de Morison, lui disait : « Plus je connais la folie, moins je suis tenté d'écrire sur un pareil sujet. »

N'est-il pas admirable de voir l'Ecosse, grâce à l'influence exercée par le grand médecin français, dotée, dès 1823, d'un enseignement clinique des maladies mentales alors qu'en France c'est seulement cinquante-six ans plus tard que cet enseignement devait être organisé et officiellement reconnu, après que Magnan eût ouvert la voie, au prix de quels efforts et de quelles difficultés !

Tout cela nous est conté avec infiniment d'esprit par notre collègue et ami, le professeur George Robertson, auquel revenait cette année l'honneur de faire la Morison lecture (1), et je me suis

(1) En 1862, Sir Alexander Morison alors âgé de 81 ans, se souvenant des difficultés sans nombre qu'il avait rencontrées, mit à la disposition du Royal College of Physicians d'Edimbourg les 1.031 livres produites par la souscription, ouverte pour fonder une chaire, en laissant au collège la faculté d'opter entre cette somme et sa propriété de Larchgrove augmentée de 3 acres de terrain. Le collège choisit Larchgrove et, grâce à cette donation, fonda en 1864 la Conférence Morison, réservée tout d'abord à la Médecine mentale, étendue ensuite aux affections du système nerveux.

George M. ROBERTSON. — The History of the Teaching of Psychiatry in Edinburgh and Sir Alexander Morison. *Edinburgh Medical Journal*, avril 1928.

borné à donner une faible idée de sa conférence.

Si elle a été l'occasion de rappeler la grande figure de notre maître à tous, Esquirol, il convient de rendre un juste hommage à la ténacité tout écossaise de Sir Alexander Morison, ténacité que nous avons pu apprécier chez ses compatriotes, il n'y a pas si longtemps, au cours des jours les plus tragiques de notre histoire, ce qui prouve, une fois de plus, qu'en toutes choses la victoire appartient au plus persévérant.

Henri COLIN.

IMPORTANCE DES ASSOCIATIONS EN CLINIQUE MENTALE

Par Henri DAMAYE

Il fut un temps où l'on confondit parfois la confusion mentale chronique et la démence précoce (vers 1906). Aujourd'hui, la lumière s'est faite sur ce problème. Des études plus précises ont montré que la confusion mentale chronique et la démence précoce sont deux psychoses absolument différentes.

La confusion mentale chronique, accompagnée ou non d'idées délirantes, c'est la confusion mentale aiguë passée à l'état chronique et tendant quelquefois plus ou moins à l'affaiblissement intellectuel. C'est toujours une psychose toxi-infectieuse.

La démence précoce, au contraire, présente un tout autre syndrome, aujourd'hui bien caractérisé et bien connu. L'un de ses grands symptômes est la schizophrénie. Elle peut être soit constitutionnelle (sans lésions anatomiques décelables) ou toxi-infectieuse (avec méningo-encéphalite lente).

On confondit confusion mentale chronique et démence précoce, parce qu'il existe des cas mixtes, des cas où la confusion mentale chronique, la confusion mentale aiguë ou subaiguë se trouvent associées à des symptômes plus ou moins nombreux et plus ou moins intenses de schizophrénie.

Il y a des confusions mentales chroniques avec négativisme, impulsions, rires explosifs, esprit taquin, parfois même avec syndrome schizophrénique plus complet, mais temporaire, transitoire.

La clinique mentale est composée surtout de cas simples, d'associations où se mêlent, se combinent, en proportions diverses et à tous les degrés d'intensité les entités cliniques ou syndromes décrits par les manuels de psychiatrie. L'association est le cas clinique le plus habituel. Parmi ces associations, celle du syndrome, ou plus exactement d'une partie du syndrome schizophrénique est assez fréquente.

La question des associations est certainement un élément de la plus haute importance en clinique mentale. Cette question a un tel intérêt pour la compréhension des cas cliniques et souvent aussi pour la thérapeutique qu'elle devrait faire l'objet d'un chapitre en tout manuel de psychiatrie. Elle a sa place dans l'enseignement de la clinique mentale, qui apparaît si trouble à nos confrères non spécialisés et aux débutants.

La question a une importance clinique de premier ordre, en ce sens qu'elle jette de la clarté sur la symptomatologie et le diagnostic. Elle a une importance thérapeutique aussi évidente, car elle peut préciser l'étiologie et mettre sur la voie du traitement.

Voici, par exemple, une manie confuse, association des plus communes, chez la femme surtout, entre la manie et la confusion mentale. Cette adjonction de la confusion à la manie vous indiquera, non point une psychose constitutionnelle, — comme est assez souvent, mais non toujours la manie pure, — mais une psychose toxi-infectieuse. Vous chercherez la cause dans les organes génitaux de la femme, dans un phlegmon, une septicémie... pour les cas aigus. Dans les cas subaigus, la tuberculose pulmonaire ou pleurale est bien souvent en cause. Votre thérapeutique découlera du diagnostic étiologique.

Nous étudiâmes jadis les associations de la confusion mentale. Plus récemment, nous montrions, en cette Revue, celles du syndrome schizophrénique (1). On voit des symptômes de schizophrénie associés aux différents délires, à la débilité mentale, à la manie, à l'hystérie, au déséquilibre mental, à la folie à double forme, à la paralysie générale...

Il ne nous semble pas utile d'entrer en de longs détails, ni de rapporter des observations, si communes en tous nos services. Nous soulignons simplement l'avantage clinique et thérapeutique qu'aurait, en psychiatrie, la notion des associations et combinaisons de syndromes.

(1) DAMAYE. — Considérations sur la schizophrénie et ses associations. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1927.

UN MAÎTRE DE LA NEUROPSYCHIATRIE AU XVII^e SIÈCLE : THOMAS WILLIS (1662-1675)

Par Jean VINCHON et Jacques VIE

Le nom de Thomas Willis domine de haut la neuropsychiatrie du XVII^e siècle. Son œuvre originale a été double, anatomique et clinique ; l'imagination puissante, parfois prophétique de l'auteur dépassait largement les données de l'observation et du raisonnement dans des vues philosophiques dont nous sommes, en l'état actuel de la science, mieux que jamais capables de comprendre l'intérêt puissant. « La force vive de son génie, disait Soury, n'est pas encore épuisée. »

La partie anatomique de l'œuvre de Willis a été remarquablement étudiée par Jules Soury dans son *Système nerveux cérébral* (1899). La partie clinique au contraire n'a pas été reprise depuis Calmeil (1) (*de la Folie* 1845). Cet auteur, dans le chapitre des *Théories* du XVII^e siècle mettait déjà en lumière l'importance de l'œuvre : « Les écrits de Thomas Willis représentent presque un traité complet de pathologie encéphalique... »

Il ne nous a pas paru inutile de reprendre, 83 ans après Calmeil, le texte de Willis, et, le suivant pas à pas, de le confronter avec les données de la science contemporaine. Certains points qui pouvaient sembler chimériques au médecin de 1845 ne nous font plus

(1) CALMEIL se limite aux chapitres traitant des maladies mentales. Dans ce travail, nous avons insisté sur les points que Calmeil laissait dans l'ombre, sur ceux qui ont un caractère d'actualité et nous avons fait une large place aux citations de textes.

sourire aujourd'hui. Ainsi les équilibres humoraux, pour fantaisistes qu'ils fussent sous la plume de Willis, ne sont plus ridicules à nos yeux, et l'ablation des tumeurs cérébrales est sortie du groupe des interventions « que beaucoup préconisent mais qu'on ne tente que rarement, sinon jamais ».

Willis nous arrête aussi parce qu'il est à un tournant de la méthode dans les sciences. Il observe les faits avec précision, il pratique des autopsies, il expérimente sur des animaux vivants ; et aussi, il raisonne, il induit, il déduit. Mais tout cela avec une confiance telle dans la démonstration, que souvent, il en choisit peu rigoureusement les termes ; des analogies, des hypothèses tiennent lieu de faits ; de là, des conclusions trop hâtives, qui débordent de beaucoup la plate-forme solide, mais restreinte, des constatations légitimes.

Nous avons eu entre les mains les œuvres complètes de Willis, éditées à Lyon en 1686 (1), ainsi qu'un exemplaire de l'édition princeps du « *De Anima Brutorum* » parue à Londres en 1672 (2).

L'œuvre médicale s'étage de 1659 (*De Fermentatione*) à 1673 (*Pharmaceutica Rationalis, et de medicamentorum operationibus in humano corpore*). Les traités « *Cerebri Anatome* », « *Nervorum descriptio et usus* » remontent à 1664. « *De morbis convulsivis* » est de 1667.

Nous nous sommes attachés à l'étude du « *De Anima Brutorum* » parue trois ans avant la mort de son auteur. Il constitue une véritable synthèse de

(1) Clarissimi viri Thomæ Willis, doctoris medici, naturalis philosophiæ professoris Oxon., necnon inclyti Medic. collegij. londini et societatis Regiæ Socij, Opera medica et physica in varios tractatus distributa, cum nullis figuris aeneis Lugduni sumptibus Joannis Antonii Hugetan et Soc MDCLXXXVI.

(2) *De Anima Brutorum*, quæ *Hominis Vitalis ac Senostria* est, exercitationes duæ, prior *Physiologica*, Ejusdem *Naturam*, partes *Potentias* et *Affectiones* tradit ; Altera *Pathologica* *Morbos* qui ipsam, et *sedem ejus Primariam*, nempe *Cerebrum* et *Nervosum* genus afficiunt, explicat, eorumque *Therapeias* instituit, cum *Figuris Aeneis* londini Typis E. F. impensis Ric. Davis Oxon, 1672.

(Au Docteur Jean Vinchon).

l'œuvre neuropsychiatrique. Le long titre de ce traité nous indique son plan et son contenu :

« De l'âme animale, qui est l'âme vitale et sensitive de l'Homme. Deux discours : le premier, physiologique, rapporte sa nature, ses parties, ses facultés et ses affections. Le second, pathologique, explique les maladies qui la frappent, elle et son siège principal, c'est-à-dire le système cérébral et nerveux ; il en institue le traitement. »

I. — La méthode, les théories

LA SCIENCE DE L'ÂME

La première partie nous renseigne sur les idées générales de Willis ; tout comme ses contemporains, il traite de l'âme objectivement (*scientia animae*), comme s'il pouvait l'atteindre par des procédés scientifiques ; il en sera de même des *esprits animaux* ; Willis en admet l'existence, il les situe sur le même plan de réalité que les manifestations pathologiques notées chez les malades.

Avec Gassendi et le théologien Hammond, il distingue l'âme raisonnable, propre à l'Homme, de celle de l'animal « âme des bêtes », « âme corporelle » ; celle-ci chez l'homme joue le rôle d'âme sensitive et vitale, elle préside aux fonctions organiques, à la motricité, à la sensibilité, à la reproduction.

Ces deux âmes ne sont pas de même nature : l'âme raisonnable est incorporelle, immortelle, créée par Dieu même. L'âme des bêtes est « corporelle et ignée ». Elle est « matérielle et coextensive au corps » (chap. II). « L'âme animale a un double substratum, à savoir le sang et le système nerveux, d'où ses deux parties de flamme et de lumière... Son hypostase (extensive et divisible) est constituée par les esprits animaux. Ceux-ci ont deux sources : le cerveau et le cervelet. » (Chap. IV). Voilà toute une série d'intermédiaires pour combler l'abîme qu'ouvrait Descartes entre la Pensée et la Matière.

« Enfin, il n'est pas vrai que la matière dont sont faits les objets, soit, comme on le dit d'habitude,

purement passive, et immobile, si ce n'est lorsqu'elle est mue par quelque cause étrangère. » Dans tous les cas, une fois en marche « l'œuvre surpasse la matière ». Qui le croirait en fer et en airain, métaux inertes s'il en fût, cet instrument de musique automatique « auquel l'âme de la bête est semblable ». L'homme est un instrument plus complexe, dont un musicien actionna les touches : ce musicien est l'âme raisonnable (chap. VI).

Supérieure à l'âme animale, l'âme raisonnable s'élève de l'appréhension du particulier au jugement et au raisonnement, son substratum est l'âme animale ou corporelle, son domaine est l'imagination « Phantasia », de laquelle pour Willis dépend l'intelligence (chap. VII).

Donc, entre ces deux âmes, une hiérarchie nette, qui n'exclut pas la possibilité de conflits, dans le domaine pathologique, dans ces affections « presque semblables à la mélancolie » que représentent la Superstition et le Désespoir du Salut Éternel.

ANATOMO-PHYSIOLOGIE NERVEUSE

Nous retrouverons constamment ces notions à la base de la pathogénie et de la classification. De même, il nous faut indiquer les grandes lignes de la physiologie du système nerveux. Willis les rappelle au cours de ses chapitres de Pathologie.

Cette physiologie repose sur des connaissances anatomiques solides, acquises grâce à de nombreuses dissections. Les belles planches graveées de l'*Anatome Cerebri*, du *Nervorum descriptio et usus*, du *De Anima Brutorum* en font foi. Le nom de Willis est resté attaché à une classification des nerfs crâniens, à la description des artères du cerveau : « Nous avons montré ailleurs, dit-il au chapitre de l'Apoplexie, que les artères céphaliques, à savoir les carotides et les vertébrales communiquaient entre elles et s'anastomosaient mutuellement ». Les artères du cerveau ne sont donc pas terminales. Willis invoque ce fait pour réfuter la théorie anémique de l'Apoplexie formulée par Webber !

Willis note un rapport entre la *grandeur* du cerveau et l'intelligence (chap XIII Pathol.), parce qu'« un petit cerveau engendre moins d'esprits animaux ». Mais à côté de la grandeur, il conçoit l'importance de la configuration, enfin de la substance ou « texture ».

Dans le cerveau et le cervelet, il distingue la substance corticale et la substance médullaire; la première donne naissance aux esprits animaux distillés comme en un alambic au dépens du sang artériel qui traverse les plexus vasculaires; la substance médullaire sert à la distribution de ces esprits, aussi, avec le corps calleux est-elle le siège de l'imagination; celui de la mémoire se trouve sous la substance grise, dans les replis de l'écorce cérébrale.

Les corps striés constituent le grand centre réflexe sensorio-moteur. Le cervelet préside à la vie végétative, inconsciente, automatique; il est doué d'une mémoire « naturelle »; ses rapports avec le cerveau ne sont qu'indirects, par l'intermédiaire de la lame quadrijumelle. La dualité des âmes végétative et raisonnable repose sur la dualité du cervelet et du cerveau, de la vie consciente et de la vie automatique.

LES ESPRITS ANIMAUX

Toutes deux se réalisent par l'intermédiaire des *esprits animaux*. Willis en indique les caractères dans le chapitre IV de la première partie :

« Les faits montrent que dans chacun de ces tractus affluent des particules subtiles qui dans tous apportent la vie. Nous les appelons avec raison esprits animaux et parties constituantes de l'âme sensitive, parce qu'ils sont très ténus, invisibles et très mobiles. » « Ces esprits sont les agents des fonctions animales. »

Quant à leur essence, Willis reconnaît combien il est difficile de la préciser; il les compare aux « rayons de lumière entrelacés avec ceux de l'air et du vent ». Cette conception exprimée à une époque où l'électricité n'était pas connue, rapproche les esprits animaux de notre influx nerveux.

LA MÉTHODE DE WILLIS

Nous insistons ici sur le caractère de théories scientifiques que présentent les hypothèses de Willis. On ne saurait devant elles employer le mot de métaphysiques. L'auteur pense anatomiquement et physiologiquement. Pourtant les conclusions sont parfois fantaisistes. Aussi faut-il pour ne pas nous méprendre sur la pensée de Willis, en saisir le développement par l'étude d'exemples concrets.

Willis part toujours de faits : observations cliniques détaillées, comptes-rendus d'autopsies assez exacts pour permettre d'envisager des diagnostics rétrospectifs.

Il invoque rarement l'autorité d'autres médecins, parfois celle d'Hippocrate, aux observations duquel il renvoie (chap. de la Frénésie) ; celles de Galien, qu'il discute, celle des contemporains, tels Charles Lepois. Jamais cette autorité ne lui tient lieu de preuve ou d'argument capable de contrebalancer les résultats de l'observation. Il ne l'admet qu'en tant que son expérience la confirme.

Enfin, il lui arrive de recourir à l'introspection. Pour faire pénétrer dans la psychologie du mélancolique, Willis va faire appel à la propre expérience de ses lecteurs :

« Chacun en a éprouvé maintes fois la vérité sur soi-même ; en effet, quand à la suite d'un repas abondant nous devenons pensifs et souffrons de tristesse, les moindres choses nous inquiètent considérablement, comme si notre santé et notre fortune allaient périlcliter pour l'éternité ; et nous voilà craintifs » (chap. XV).

Mais de ces bases, Willis passe à des conclusions trop hâtives et trop générales. Il use souvent du raisonnement par analogie ; or, « comparaison n'est pas raison, et Willis parvient ainsi sans peine à justifier les grandes théories chimiques et humorales dont au xvi^e siècle il fut d'ailleurs le plus génial interprète. Voyons-le à l'œuvre.

Pour Willis, la manie est liée à une hyperacidité du

suc nerveux, véhicule des esprits animaux. Voici la démonstration :

L'étude psychologique des maniaques permet de condenser leurs accidents dans trois formules.

« 1. Leur fantaisie ou imagination est occupée d'un feu perpétuel de pensées impétueuses, au point que jour et nuit ils se disent à eux-mêmes diverses choses, crient, déclament ou se lamentent.

« 2. Les notions ou concepts sont incohérents ou faux quant à l'espèce, ou bien ils représentent des choses erronées.

« 3. Au délire, les maniaques joignent souvent l'audace et la fureur... »

Or, ces caractères sont précisément ceux de l'eau infernale.

« 1. Les particules en sont toujours en mouvement.

« 2. Les éffluves de l'eau infernale percent partout des pores et méats nouveaux.

« 3. Les éffluves de l'eau infernale se répandent très loin. Il en est de même en ce qui concerne les esprits des maniaques. »

Ce parallélisme chimico-clinique nous fournira la cause conjointe de la Manie. Nous n'aurons plus qu'à chercher « comment les esprits animaux acquièrent une diathèse semblable à l'eau infernale ».

Or, ce n'est pas un phénomène isolé. Dans le corps humain il peut se former des particules corrosives. Voici des faits : Certaines sueurs rendent le linge friable ; certains vomissements « vitrioliques » érodent les tuniques de l'œsophage et du palais. La liqueur nerveuse, elle, contient déjà beaucoup de sel volatil. Celui-ci dégénère très facilement en acide, et le soufre s'y associant, en hyperacide (acerrimum).

Partis de faits bien observés, par la voie d'un raisonnement trop lâche, qui reconnaît trop facilement le critère d'évidence, nous aboutissons aux conceptions les plus abstraites de la chimiâtrie. L'imagination si ample de Willis, bien qu'il prenne garde, dépasse la maigre collection des données établies, il les réunit en de vastes synthèses possibles, plus encore que réelles. On ne saurait s'y attarder, même lorsque son humorisme semble une heureuse anticipation.

II. — La Pathologie

LA NOSOLOGIE

La seconde partie du traité *de Anima Brutorum* est consacrée à la pathologie. Elle traite en 15 chapitres : de la Céphalée, de la Léthargie, de certaines autres affections soporeuses, de l'Insomnie et du Coma Vigil; de l'Incubat; du Vertige; de l'Apoplexie, de la Paralyse; du Délire et de la Frénésie; de la Mélancolie, de la Manie; de la Stupeur; de l'Arthritisme et de la Douleur Colique. Les affections convulsives (épilepsie, hystérie, etc.) ont été décrites dans le traité spécial *De Morbis Convulsivis*.

Ce sont de grands syndromes cliniques; leur unité, en dehors de la sémiologie, résidera dans une pathogénie, ou, pour parler comme Willis, dans une *raison formelle* particulière, capable de résulter d'étiologies très diverses, étiologie immédiate ou *cause évidente*, étiologie de terrain : *cause précédente* ou *procatarxis*.

Ces syndromes répondant à une raison formelle commune ont par suite un substratum lésionnel commun (*causa conjuncta*), ainsi qu'une localisation anatomique particulière (*sedes*).

Aussi les différents chapitres sont-ils classés suivant un ordre précis que Willis suit avec méthode, et qui nous apprend sa conception générale des maladies nerveuses et mentales.

Il étudie tout d'abord les affections organiques du système nerveux; les *céphalées* relèvent des parties qui entourent le cerveau, ce dernier étant insensible. « Le siège de la léthargie est le même que celui du sommeil, et aussi de la mémoire, » c'est-à-dire la substance corticale, atteinte sur une profondeur plus ou moins grande. Au centre du cerveau, et dans le corps calleux « où résident l'imagination et le sens commun », les explosions des esprits donnent lieu aux paroxysmes épileptiques; leur *éclipse*, à l'apoplexie; leurs tourbillons, aux vertiges. Les corps striés, la moelle allongée et les nerfs sont l'origine des paralysies motrices et sensitives.

Au cervelet, se rattachent l'incubat, les troubles hystériques, toutes les perturbations des fonctions végétatives que nous attribuons au bulbe, et qui s'expriment par la voie du pneumogastrique. Willis fait, en effet, à la pathologie du vague — sa VIII^e paire — une place fort honorable. Et, c'est grâce aux lésions des ganglions mésentériques qu'il annexe à la neurologie la passion colique.

L'introduction du chapitre X marque la limite entre la neurologie et la psychiatrie.

« Jusqu'ici, dit-il, nous avons parlé des maladies céphaliques qui inhibent ou troublent les fonctions animales en elles-mêmes, et dans la mesure où elles sont corporelles, sans atteindre l'âme raisonnable... Suivent les affections du cerveau dans lesquelles sont lésées la raison et les autres fonctions de l'âme... on les appelle Folies (*Desipientiæ*), elles sont dues à l'atteinte des esprits animaux eux-mêmes. »

La folie brève est le *délire*, secondaire aux toxico-infections ou à l'hystérie. Plus durable, c'est la Frénésie, accompagnée de fièvre. Les psychoses apyrétiques sont la Mélancolie et la Manie. La Stupidité est en rapport soit avec des lésions cérébrales, soit avec des troubles des esprits animaux.

L'ÉTIOLOGIE

Nous l'avons dit, cette nosologie est formée d'une suite de grands syndromes, chacun d'eux relève d'une étiologie multiple.

Examinons les principaux facteurs morbifiques invoqués par Willis.

Une question préalable se pose : Willis n'a-t-il invoqué que des causes naturelles ? N'a-t-il pas après bien des auteurs des xvi^e et xvii^e siècles, donné une place au Diable dans la genèse des maladies nerveuses.

LE DIABLE DANS WILLIS

Calmeil le lui reproche vivement (De la Folie T. I, p. 407) : « Eh bien, en ce qui concerne l'action des esprits sur l'économie humaine, Willis se prononce sans restriction pour l'avis des théologiens... »

Que trouvons-nous dans les textes ?

Le traité *De Anima Brutorum* ne contient qu'en un seul passage allusion au Diable, c'est au chapitre de l'Incubat :

« Il procède le plus souvent de causes naturelles. Dans le peuple s'est enracinée la croyance superstitieuse que cette maladie était réellement causée par le Démon, et que le mauvais esprit, en s'étendant de tout son poids, causait l'oppression thoracique et la sensation d'écrasement. Certes, nous concédons que parfois les choses se passent sans doute ainsi, mais nous estimons que le plus souvent ces symptômes procèdent de causes purement naturelles... »

Dans le traité *des maladies convulsives*, le rôle du Diable paraît beaucoup plus étendu ; au chapitre II (De l'Epilepsie). Willis se place sur le terrain biblique :

« Plusieurs de ceux qu'on tenait pour démoniaques dans le Nouveau Testament ne furent que des Epileptiques ; et la guérison de cette maladie par le Christ Sauveur est appelée expulsion de l'esprit malin, ou exorcisme. En effet, dans cette affection la matière morbifique est très obscure, et il ne persiste aucun vestige, à ce point que nous soupçonnons ici à juste titre le souffle de l'esprit de maléfices. Chaque fois que le Diable est autorisé à affliger les pauvres mortels de ses prestiges, il est au moins probable qu'il n'a pas pu tirer d'un autre carquois de plus lourdes flèches, qu'il n'a pas pu montrer de prodiges sous un meilleur masque que les attaques de cette monstrueuse maladie. »

Au chapitre VII, à côté des poisons végétaux, de la rage canine, Willis relate, d'après les auteurs, les mouvements convulsifs dus à la piqure de la Tarentule. Après quoi viennent

« les spasmes généralisés dus aux maléfices (*veneficium*)... le vulgaire croit et beaucoup d'auteurs dignes de foi assurent de toutes parts, que parfois les affections convulsives peuvent naître de vénéfices et certes nous concédons que les prestiges du Diable font apparaître souvent dans le corps humain des faits pathologiques surprenants ».

Plus loin :

« Il serait facile d'accumuler ici de nombreuses histoires

admirables, certes, d'hommes de tout âge et sexe atteints d'une façon étonnante autant que surnaturelle, histoires où l'on peut manifestement soupçonner le *vénéfice* ; en effet, il existe de tous côtés des histoires semblables chez les Auteurs *médicaux et philosophiques* ; de plus, la rumeur populaire fait grand bruit autour de maladies qui fréquemment, dans presque toutes les régions, sont causées par les enchantements. Cependant les cas de cette sorte sont pleins d'*imposture* ; dans le but d'exciter l'admiration, ils sont toujours grossis par les inventions fictives des *narrateurs*. Ces cas-là (si du moins ils tombent parfois sous la thérapeutique médicale), je les négligerai délibérément. »

Quelle différence de ton et de style avec les passages où Willis raisonne, discute des résultats d'autopsie. Ici, il restreint, il « concède », il invoque la Bible, les auteurs anciens, les théologiens, Henri de Heers, Cornelius Gemma. Et finalement, au moment d'en venir aux faits qui lui sont si chers d'habitude, il se refuse à présenter les observations, il n'en a pas de personnelles à fournir, il n'a pas dans sa série de malades rencontré de démoniaques vrais. Nulle part, à côté de ses prescriptions psychothérapeutiques il ne fait état d'exorcismes, ni d'aucun recours aux pouvoirs ecclésiastiques.

N'est-ce pas là une attitude voisine de celle des médecins actuels, qui, en face de la question démoniaque, n'y peuvent répondre que dans les mêmes termes (1). Ils n'ont peut-être pas eu l'occasion de voir de possédés authentiques, répondant à la définition que l'Eglise en donne ; ils ne sauraient actuellement dire plus, sans empiéter sur le domaine de la théologie.

Ajoutons que Willis était le médecin du révérendissime Gilbert, archevêque de Cantorbéry auquel il a dédié, le *De Anima Brutorum*, et dont il rapporte même l'observation d'apoplexie, p. 275 de ce traité. Ces relations avec le clergé peuvent expliquer certains ménagements, indépendamment de ses convictions religieuses.

(1) Cf. Maurice GARÇON et Jean VINCHON. — *Le Diable*, p. 217. Gallimard, éd. Paris, 1926.

LE TERRAIN DANS WILLIS

Dans la genèse des affections chroniques « habituelles », Willis fait une large place au terrain, prédisposition, *procatarxis*, qui consiste « dans les maux de la partie affectée ou constitution débile et dans l'afflux de matières morbifiques ».

L'HÉRÉDITÉ

La débilité constitutionnelle peut être acquise ou héréditaire ; et s'il ne prononce pas le mot de *dégénérescence*, Willis, avant Magnan, place à côté des héréditaires vrais, ceux qui n'héritent que d'eux-mêmes ; il les met en parallèle, ainsi au chapitre XII la disposition maniaque réside dans un vice du sang « qui est héréditaire au acquis ».

Il entrevoit aussi la distinction entre les affections congénitales, et les affections véritablement héréditaires. C'est au chapitre *de la Stupidité ou Morosis* qu'il développe ses idées sur ce point :

« En premier lieu, la stupidité est parfois originaire ou native ; et, dans ce cas, soit héréditaire, c'est ainsi que des sots engendrent des sots... ; soit... pour ainsi dire accidentelle ; en effet, il arrive fréquemment que des gens raisonnables et très intelligents engendrent des sujets insensés et stupides. »

Willis cherche à expliquer ce fait paradoxal, qui en 1622 préoccupait déjà Alexandre Tasson (1). Il admet que les hommes trop plongés dans la méditation ne laissent descendre que de rares esprits animaux dans leurs corps spermatiques. Mais surtout il invoque « une seconde raison trop fréquente », la luxure, l'intempérance des parents et leurs mauvaises mœurs. Ils engendrent des enfants languissants et valétudinaires, sujets aux affections du cerveau : paralytiés, épilepsie, carus, spasmes. D'où la conclusion : « Aussi c'est aux enfants de parents ayant un esprit

(1) Cf. GENIL-PERRIN. — *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*. Paris, 1913.

sain dans un corps sain, que revient de beaucoup le plus ample patrimoine ».

Le rôle de l'hérédité dans la genèse des maladies mentales est indiqué au chap. XII :

« En premier lieu, il est d'observation commune que les hommes issus de parents accoutumés à déraisonner soient sujets à la même maladie. »

De même les enfants d'épileptiques sont prédisposés à l'épilepsie. Il s'agit donc ici d'une hérédité similaire.

L'acquisition des diathèses se fait suivant des processus bien connus des classiques, Willis les énumère dans plusieurs chapitres :

« Désordres dans les *six choses non naturelles*, mauvais régime alimentaire, absorption de vins généreux ou de liqueurs fortes, excès de sommeil ou sommeil intempestif, oisiveté ou vie sédentaire, amours immodérés, trop grandes pertes de sang, air humide ou marécageux, les fumées et les vapeurs métalliques, l'usage fréquent des narcotiques ou du tabac, l'excès de froid, de chaleur ou d'humidité, les passions véhémentes et répétées de la tristesse ou de la peur, et beaucoup d'autres, que nous n'avons pas loisir de passer toutes en revue ici. » (Chap. IX).

Willis revient souvent sur les conditions topographiques et climatiques ; il fait une place dans ses descriptions, à l'hydrologie.

N'insistons pas sur le rôle joué par *l'afflux de matière morbifique*, qu'il se fasse par « le sang, le sérum sanguin, le suc nutritif, ou la liqueur nerveuse ». Nous tombons en pleine fantaisie humorale.

Le rôle des *maladies infectieuses* est également celui que lui assignaient les auteurs du temps. Au chap. IX du traité des Maladies convulsives, se trouve la description d'une « fièvre épidémique soporeuse qui régna l'an 1661 ». La fréquence des phénomènes pulmonaires, de l'expectoration, de l'emphysème, l'absence des signes caractéristiques de l'encéphalite épidémique ne permettent pas son identification avec cette maladie, à moins qu'on suppose déjà sa coexistence avec une atteinte de grippe...

Willis rattache à la syphilis, *lues venerea*, des céphalées chroniques qui résistent aux médications ordinaires. Dans les causes de la Stupidité, il invoque les mauvaises mœurs des parents, sans préciser davantage.

**

Ces notions étiologiques indiquées, parcourons rapidement la pathologie de Willis en relevant quelques points originaux.

LA CÉPHALALGIE

Le chapitre I consacré à la céphalalgie est un modèle de l'ordre avec lequel Willis présente une question. Les céphalées « dont les causes sont multiples et si diverses » sont encore de nos jours l'objet de nombreuses revues et mises au point. Willis sait que la substance nerveuse n'a pas de sensibilité propre, aussi cherche-t-il des causes extérieures au cerveau. Voyons jusqu'où le conduisent sa clinique et ses investigations anatomiques.

Il distingue la céphalée *accidentelle*, passagère, de traitement facile ; et la céphalée *habituelle*, plus durable, beaucoup moins favorable au traitement, où le terrain, diatèse héréditaire ou acquise conditionne l'évolution ; telles les céphalées paroxystiques du mal vénérien, celles de l'hypocondrie ou de l'hystérie. Il signale deux causes des céphalées continues : l'hypertension sanguine « le sang lancé en un mouvement plus rapide et bouillant dans la tête... distend les vaisseaux, gonfle à l'excès les membranes, distend à l'envie les fibres nerveuses, au point d'y produire des plissements douloureux » ; puis l'œdème « le sérum sortant presque brusquement de la masse sanguine afflue dans le poumon ou plus souvent à la tête ». En rapport avec la digestion se rencontrent des céphalées *périodiques* : celles de l'observation 6, avec leur horaire précis de 4h, à minuit, et celles de l'obs. 7, se produisant de 3h, à 4h, du matin, nous feraient rechercher un déséquilibre du système sympathique.

Certaines céphalées se rattachent à des « catarrhes importants ».

On ne peut guère espérer de guérison dans les cas de *concrétions internes* « flegmons, abcès, tubercules, tumeurs squirrheuses, adhérences cranio-méningées » ; après une longue période de céphalées fréquentes et violentes, survient une affection soporeuse mortelle. Willis cite le cas (obs. 5) d'un Académicien mort d'apoplexie après trois semaines d'une céphalée violente, continue, localisée sous la suture temporale. A l'autopsie, on découvrit à ce niveau un abcès cérébral.

L'observation 4 est celle d'une méningite, nous la rapportons entièrement, pour montrer la manière de Willis.

Jadis, un jeune Académicien avait été pris depuis deux semaines d'une très violente douleur de tête l'affligeant sans cesse ; puis, la fièvre s'accrut, bientôt succédèrent l'insomnie, des mouvements convulsifs, de la confabulation délirante. Le médecin appelé à ce moment ne put tirer aucun avantage de la saignée, des lavements, des emplâtres, des révulsifs, des vésicatoires, non plus que des médicaments internes soigneusement administrés, pour détourner de la tête le flux du sang et des humeurs. La mort s'ensuivit bientôt. A l'ouverture du crâne, les vaisseaux recouvrant les méninges étaient remplis de sang et très distendus, comme si toute la masse du sang y avait afflué, si bien que, les sinus disséqués et ouverts laissèrent échapper plusieurs onces, plus d'une demi-livre de sang ; les membranes elles-mêmes apparurent affectées, dans l'ensemble d'une tuméfaction, phlegmoneuses, décolorées. Ces enveloppes une fois enlevées, toutes les anfractuosités du cerveau ainsi que les ventricules étaient pleins d'une eau limpide ; la substance cérébrale, trop irriguée, était humide et moins ferme. »

Les cas les plus périlleux sont ceux dans lesquels « la céphalée intense s'accompagne de vertiges, de vomissements ou d'affections soit convulsives, soit soporeuses..., souvent elles aboutissent à une apoplexie mortelle, il n'est pas rare aussi que ce soit à la paralysie, à l'épilepsie, à la cécité, à la surdité, ou à d'autres maladies funestes ou incurables. »

LES MALADIES DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE

L'étude des affections soporeuses fait l'objet des chapitres III et IV. Willis prend pour titre la léthargie et groupe par rapport à elle « la somnolence et le coma qui lui sont inférieurs ; le carus qui lui est supérieur ». Ce sont divers degrés d'un même état.

Notons seulement la description de la léthargie : « les principaux symptômes sont la torpeur et l'oubli », puis les troubles de la connaissance, de l'appétition, de la locomotion.

Willis reconnaît aux troubles du pouls et de la respiration une grande valeur pronostique ; ceux-ci, d'après lui, traduisent l'extension du processus morbide au cervelet.

« Celle-ci (la respiration) est inégale et lente avec une inspiration tantôt haute et prolongée, tantôt répétée ou redoublée. Le pouls, grand et rapide, répand dans tout le corps une chaleur fébrile..., il n'est pas rare que l'affection empire, ce sont alors des spasmes, des soubresauts tendineux, enfin, des convulsions généralisées et mortelles. »

A l'opposé de la somnolence : l'*Insomnie* (chap. V). A propos d'elle, Willis donne ses idées, que nous retrouverons plus loin, sur l'hystérie. Puis, le *Coma Vigil*, état d'onirisme primitif ou symptomatique de fièvre, de frénésie, de léthargie ; il répond à notre confusion mentale :

« Ils éprouvent une intense lourdeur de la tête avec de la torpeur des sens et de toutes les facultés, si bien qu'ils se tournent en tous sens dans leur lit ; ils se mêlent aux entretiens des assistants, ils en souffrent, et attendent d'entrer bientôt dans un sommeil plus paisible ; cependant, dès qu'ils font effort pour s'y laisser aller profondément, des phantasmes divers se présentent à leur esprit et les maintiennent éveillés, il ne leur est pas permis de conquérir entièrement ce sommeil qu'ils voient toujours dans un tumulte de combat. Il n'est pas rare qu'on atteigne au délire ; tandis que les malades gisent les yeux fermés, ils ne cessent de se livrer à une fabulation absurde et incohérente ; ils projettent bras et jambe de part et d'autre ; ces violents regardent d'un œil farouche. »

Le pronostic n'est d'ailleurs pas du tout désespéré. « Les remèdes céphaliques dispersent ces météores du cerveau comme les éclairs dispersent les nuages. »

MALADIES DE LA PARTIE CENTRALE DU CERVEAU

C'est dans la partie centrale du cerveau et dans le corps calleux que les esprits animaux produisent l'imagination et le sens commun. C'est de là qu'ils se répandent dans le système nerveux pour réaliser les mouvements volontaires.

Aussi, lorsque les esprits animaux s'y agitent en tourbillons ne peuvent-ils se répandre dans les nerfs comme à l'habitude. D'où le *vertige*. Cet état est provoqué par des causes extrinsèques (*non naturales*), telles que rotation prolongée du corps sur lui-même, vue d'un lieu élevé et traversée des ponts, ébriété ; ou par des causes intrinsèques (*præter naturales*), que le vertige soit primitif ou symptomatique d'affections céphaliques, d'un arrêt de la circulation cérébrale ou d'un afflux extraordinaire d'esprits renvoyés des viscères (rate, pancréas, estomac, intestin) au cerveau. La diathèse vertigineuse enfin, constitutionnelle ou acquise, y prédispose certains sujets délicats.

Les maladies convulsives résultent elles aussi d'une diathèse qui peut être héréditaire ou acquise. D'une part, « les enfants issus de parents épileptiques ou sujets aux convulsions sont eux aussi pour la plupart prédisposés à ces affections ». D'autre part, elle peut être acquise dans toutes les conditions notées plus haut (*De morb. Conv.*, chap. I).

Les convulsions revêtent une topographie différente suivant l'âge et le sexe :

« Chez les enfants, qui ne sont pas encore habitués à l'exercice des membres et aux affections du cœur, la matière spasmodique envahit de préférence les nerfs proches (du cerveau), à savoir ceux de la III^e, V^e et VI^e paire, c'est pourquoi, chez eux, les convulsions frappent au maximum les parties de la face et de la bouche. »

Au contraire, chez l'adulte, en dehors des grandes

crises, le cœur, les viscères sont plus souvent atteints, donnant lieu à l'hypocondrie chez l'homme, à l'hystérie chez la femme.

Dans les chapitres suivants du traité des maladies convulsives, Willis étudie l'Épilepsie (ch. II), sa pathogénie et son traitement (ch. III), les convulsions des enfants (ch. IV) ; puis les maladies convulsives des adultes, d'après leur origine dans les centres médullaires, dans les plexus, dans les nerfs périphériques, dans les viscères (ch. V et VI) ; les mouvements convulsifs dans les intoxications par les végétaux (ciguë, opium, risus, mandragore, solanée furieuse, panais silvestre), les animaux (rage, piqûre de la tarentule), la chorée de St-Guy, enfin les convulsions dues aux maléfices.

Willis passe ensuite aux spasmes généralisés des fièvres malignes (chap. VIII), à ceux du scorbut (ch. IX), aux affections vulgairement dites hystériques (ch. X) et hypocondriaques (ch. XI). Il termine en étudiant la toux et l'asthme convulsif (ch. XII).

On voit combien large est la doctrine de Willis sur les maladies convulsives. Elles constituent un vaste ensemble physio-clinique sur lequel l'anatomie du XVII^e siècle n'a pas prise. Aussi l'auteur en a-t-il brossé une large fresque, marquant les nuances sans les forcer arbitrairement, ouvrant à l'avenir bien des possibilités.

Avec l'apoplexie, nous rentrons dans le *De Anima Brutorum*. Cette affection est grave ; les esprits animaux y sont détruits par la cause morbifique : hémorragie par rupture artérielle, rupture d'abcès, œdème cérébral dans les fièvres malignes, enfin action brutale des opiacés ou de l'eau-de-vie.

Willis s'oppose à la théorie de Webfer, d'après laquelle l'apoplexie résulterait d'une suspension de l'irrigation cérébrale. Or, cette suspension n'entraîne pas l'apoplexie, mais la syncope ; il y a arrêt du cœur d'origine nerveuse par spasme des nerfs cardiaques ou par inhibition cérébelleuse.

Dans l'apoplexie comme dans le coma, l'apparition des signes *cérébelleux* est du plus mauvais pronostic.

LA STUPIDITÉ

L'intelligence et le jugement, l'imagination et la mémoire peuvent être défailants d'une façon presque permanente ; c'est ce qui arrive dans la stupidité ou Morosis. Sous ce nom, Willis groupe des affections différentes : « l'imbécillité et l'hébétude de l'esprit, l'arriération mentale (*tarditas ingenii*), la stupidité... et la démence. A leur base se trouvent presque toujours des lésions du cerveau ; celui-ci est trop petit ou trop gros, mal conformé, trop froid ou trop humide. La cause en est dans l'hérédité névropathique, le trop grand âge ou la jeunesse excessive, l'intempérance et les mauvaises mœurs des parents, l'ivresse à la conception. Des lésions traumatiques de la tête, les maladies graves du cerveau, telle l'épilepsie, les émotions violentes déterminent une stupidité acquise. Enfin celle-ci est plus fréquente dans le jeune âge et dans la vieillesse.

Des formes cliniques se caractérisent par le bilan du fond mental :

« *En quoi diffèrent la Sottise et la Stupidité.*

« Ceux qui sont atteints de la première apprennent vite et assez adroitement les choses simples, ils les retiennent solidement dans leur mémoire ; cependant, à cause du défaut de leur jugement, ils assimilent mal les notions abstraites, les disjoignent, et c'est beaucoup plus mal encore qu'ils concluent de l'une à l'autre ; leur ineptie, la gaucherie et le ridicule de leurs actions et de leurs discours excitent l'hilarité des assistants.

« Au contraire, chez les Stupides, l'imagination tout comme la mémoire et le jugement, sont en défaut ; ils n'apprennent ni bien ni vite, et ne raisonnent pas bien. Ils ne disent pas de bêtises, ils ne gesticulent pas comme les premiers, mais ils se conduisent avec lourdeur et niaiserie, à la manière des ânes. Leur simplicité apparaît plus misérable, la maladie se manifeste sur leurs visages et dans leur démarche.

« La stupidité comporte plusieurs degrés : certains sujets sont incapables de rien apprendre, d'autres ne peuvent apprendre que certaines choses ; certains ne peuvent pas du tout assimiler la littérature ou les sciences libérales, et ils sont assez habiles dans les arts mécaniques. D'autres

sont nuls dans ces matières, pourtant ils comprennent facilement l'agriculture et les choses de la campagne. D'autres presque inhabiles à tout négoce, ne peuvent être éduqués qu'en ce qui concerne leur subsistance et les habitudes de la vie courante. D'autres sont tout à fait idiots, c'est à peine s'ils comprennent quoi que ce soit, ou s'ils agissent sciemment. »

Dans ses descriptions, Willis semble donc avoir surtout en vue l'enfance anormale : idiotie, imbecillité, débilité mentale.

Si la stupidité dure jusqu'à la puberté, elle est définitive :

« Quelquefois pourtant, des enfants hébétés et presque insensibles avec la maturité de leur cerveau et de leurs esprits animaux, deviennent assez intelligents et dociles. »

Les stupidités post-traumatique, épileptique, post-émotionnelle sont incurables. Celle qui succède aux affections soporeuses guérit en même temps que ces affections.

Enfin « la fièvre a guéri certains sots et stupides et les a rendus plus avisés ». Willis n'en cite que deux exemples, l'un emprunté à Huarte (cas d'un fou du roi de Cordoue), l'autre personnel :

« Un vieillard avait perdu l'usage de la mémoire et... de la parole. Un mouvement fébrile survenu dans la suite lui procura une très grande amélioration. »

MALADIES DES CORPS STRIÉS. — PARALYSIES

Au chapitre IX, l'auteur envisage la paralysie dans toute sa généralité, depuis sa définition : « une résolution ou relâchement des parties nerveuses, de leur tonicité (tensitas) nécessaire ».

La distribution des paralysies tient au siège anatomique de la lésion, et Willis décrit *les lésions des corps striés*, obstruction ou compression, consécutives à la léthargie, au carus, à l'apoplexie. Notons que le siège de l'apoplexie et celui de la paralysie ne coïncident pas, il y a métastase, extension du processus morbifique aux corps striés. De ces lésions des corps striés résultent des

paralysies généralisées ou des hémiplégies. Aux troubles moteurs s'ajoutent parfois des troubles sensitifs prononcés. La musculature oculaire et faciale n'est pas atteinte dans sa totalité, parce que les nerfs de la V^e et VI^e paire viennent du cervelet comme ceux des viscères... Des compressions des corps striés peuvent être réalisées par des hémorragies du ventricule moyen, « cavité inférieure du cerveau » que l'on découvre à l'autopsie. Toutes ces paralysies sont incurables.

Après les corps striés, les localisations anatomiques voisines sont : celles de la moelle allongée et de la moelle épinière créant des hémiplégies, des paralysies des membres supérieurs ou inférieurs.

Enfin « le siège de la paralysie peut être dans les nerfs eux-mêmes, qui sont obstrués, comprimés ou sectionnés », soit en leur portion initiale — tels les nerfs craniens (paralysies faciales, oculaires, linguales), — à leur partie moyenne ou terminale.

Les lésions de la moelle épinière donnent simultanément lieu à des troubles moteurs et sensitifs. Certaines lésions des nerfs n'affectent que la sensibilité : d'abord celles des nerfs exclusivement sensitifs ; puis, au niveau des membres, Willis signale l'anesthésie des lépreux, celle des éléphantiasiques et des maniaques. C'est que si « les mêmes nerfs conduisent dans un sens et dans l'autre, les incitations motrices et les impressions sensitives, les fibres locomotrices et les fibres sensitives ne sont pas les mêmes ».

La paralysie succède enfin souvent à la stupidité ou morosis :

« J'ai observé plusieurs sujets dont le cerveau avait été primitivement indisposé, ils étaient atteints d'hébétéude, d'amnésie et de stupidité ou morosis ; dans la suite, ils tombaient en paralysie, ce que je leur avais même prédit d'habitude... Aussi, suivant que les points obstrués sont plus ou moins étendus, il arrive soit une paralysie généralisée (universalis), soit une hémiplégie, soit des résolutions partielles des membres. »

Ce passage pourrait placer Willis parmi les précurseurs cliniques de la Paralysie générale ; nous l'avions

déjà vu ébaucher un aspect anatomo-clinique des méningites aiguës, des abcès du cerveau.

LES PSYCHOSES TOXI-INFECTIEUSES

Dans le chapitre X, Willis groupe le Délire et la Frénésie, deux psychoses symptomatiques d'états toxico-infectieux, auxquels s'ajoutent certaines de nos bouffées délirantes polymorphes. Les sujets qui en sont atteints ont « des pensées, des propos, des actes absurdes ». Tandis que le Délire ne dure que peu de temps, la frénésie peut se prolonger des mois, continue ou interrompue d'intervalles lucides.

Dans le Délire, Willis incrimine l'effervescence excessive du sang dans les paroxysmes des fièvres, les particules malignes des maladies infectieuses (variole, peste, fièvres malignes), les poisons végétaux, l'ivresse ; l'insuffisance de l'afflux sanguin au cerveau chez les hémorragiques, les inanitiés, les moribonds. Enfin, il y joint certains délires hystériques.

La frénésie met de plus en jeu un état constitutionnel : cerveau chaud et sec, esprits fugaces et faciles à ébranler.

Leur pronostic présente aussi des différences : celui du Délire est surtout commandé par l'affection causale : fatal dans la gangrène, les blessures, les ulcères, chez les convalescents ; mauvais indice dans les fièvres continues et malignes, il se termine bien dans les paroxysmes des fièvres intermittentes. Le pronostic de la Frénésie est *réserve* (dubia), avec prévision d'une issue mauvaise. Tant qu'il y a de la fièvre, le malade peut mourir par atteinte des fonctions vitales, ou guérir, après une crise avec sudation et débâcle urinaire.

LA MANIE ET LA MÉLANCOLIE

Willis en invoque la parenté au début de son chapitre de la Manie :

« Ces deux affections sont si voisines qu'elles se transforment souvent de l'une dans l'autre, et que l'une aboutit souvent à l'autre... Souvent, ces deux maladies se succè-

dent et se font réciproquement place comme la fumée et la flamme. »

Dans leur étiologie, on retrouve les mêmes causes occasionnelles, mais surtout les mêmes facteurs constitutionnels et héréditaires. Les enfants des maniaques font leurs premiers accès de 30 à 40 ans, leur manie est continue ou intermittente.

Nous avons cité les formules dans lesquelles Willis synthétisait l'état des maniaques : le flux continu des pensées, l'incohérence et les illusions, l'audace et la fureur. Ajoutons-y que les maniaques :

« ont une résistance considérable ; valides et robustes jusqu'au prodige, ils brisent liens et chaînes, portes et murs, terrassent plusieurs hommes. Ils ne s'épuisent jamais, ils supportent, sans que leur sensibilité soit gênée, le chaud et le froid, les veilles, le jeûne, les coups et les blessures ; ni catarrhe, ni fièvre, ni atrophie, ni cacochymie ne les atteignent. »

C'est surtout au moment du solstice d'été, au mois de juin, que les accès se manifestent.

La manie peut devenir chronique, soit avec des accès intermittents, soit continue.

La Mélancolie (chap. XI), malgré ses rapports avec la Manie *n'en est pas exactement le contre-pied*. Envisageons tout d'abord la mélancolie généralisée. C'est « une vésanie sans fièvre, ni fureur, avec de la frayeur et de la tristesse ». Sa nature est donc double :

« Les mélancoliques délirent à cause du vice et du désordre de leur cerveau et de leurs esprits animaux ; s'ils sont tristes et craintifs, c'est à la souffrance du cœur qu'il le faut attribuer. »

Voici les phénomènes fondamentaux du délire mélancolique :

« 1° Les gens qui en sont atteints sont presque continuellement occupés à penser, en sorte que leur imagination n'est jamais oisive ni tranquille.

« 2° Dans leur méditation, ils envisagent moins de choses qu'ils n'avaient coutume auparavant ; des jours et des nuits entiers, ils roulent le même objet dans leur esprit ils ne

sont en rien sollicités par d'autres choses, pourtant de beaucoup plus importantes.

« 3^e Leurs idées des objets et des notions ou concepts paraissent souvent déformées comme par un masque. Mais toujours elles les présentent sous un aspect agrandi : c'est ainsi que de très petites choses leurs paraissent grandes et très difficiles. »

Parmi les formes cliniques, Willis distingue, d'après le tempérament du malade, celles avec *délire*, avec *tristesse*, avec *fureur*, avec *stupeur*. Le pronostic est semblable à celui de la Manie. La mélancolie chronique peut aboutir à la stupeur, à la manie, parfois à des affections convulsives.

Sous le nom de *Mélancolie particulière* ou *spéciale* Willis réunit des affections différentes dans lesquelles « les malades ont en vue quelque objet particulier ou quelque catégorie d'objets auxquels ils pensent presque incessamment ». Parmi toutes les formes que peuvent revêtir ces affections, Willis décrit : l'Érotomanie, la Jalousie, la Superstition, et le Désespoir du Salut éternel, les métamorphoses imaginaires des mélancoliques. Il insiste sur leur origine affective, qu'il s'agisse d'un mal présent (vrai ou imaginaire), de la privation d'un bien que l'on souhaite.

Les idées de transformation surviennent dans les mélancolies prolongées. Les malades croient être des chiens, des loups, des mendiants ; ils se figurent que leur corps est en verre, etc..., et ils agissent en conséquence.

L'érotomanie de Willis est une mélancolie amoureuse.

L'auteur ne rattache pas à l'alcoolisme sa Zélotypie ou délire de jalousie, mais il signale les troubles gastriques, le teint bilieux, la xanthopsie qui l'accompagnent.

Enfin la Superstition ou désespoir du Salut éternel appartient au domaine des obsessions. Willis emploie à son propos le mot *scrupuleux* ; et il dépeint le conflit intérieur que Binet et Simon assignent comme caractéristique de la folie avec conscience (1). Ce conflit se

(1) BINET et SIMON. — Folie avec conscience. *Année psychologique*, 1910.

déroule entre l'âme corporelle et l'âme raisonnable. L'objet en est immatériel.

« L'affection, éprouvée d'abord par l'âme rationnelle, s'étend à l'âme corporelle. Si cette dernière obéit facilement, il ne se produit aucune perturbation de l'esprit humain ; mais l'âme corporelle résiste souvent, l'âme raisonnable va jusqu'aux avertissements et aux menaces ; l'autre s'enflamme, bouleverse le sang et les esprits. Elle oppose les biens et les liens corporels aux spirituels, que lui propose l'intelligence, elle s'évertue à entraîner l'homme dans son parti ; c'est une lutte continuelle entre les deux âmes ; tantôt, la volonté supérieure l'emporte, tantôt l'appétition sensitive. Enfin, sur ce forum de la conscience que l'esprit a dressé, tous les actes, un par un, sont examinés scrupuleusement. »

LES PSYCHONÉVROSES :

RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF

Nous venons d'indiquer la part du cœur dans la mélancolie. Willis prend le mot *cœur* au sens propre, il s'agit d'une perturbation du système nerveux viscéral. Cette perturbation constitue à elle seule le fond de toute une série d'états : incubat, hystérie, etc..., qui répondent à nos psycho-névroses. La conception de Willis nous en a paru si actuelle que nous avons réuni en un paragraphe les affections dans lesquelles il fait ressortir le rôle des plexus abdominaux, du sympathique cardiaque, et surtout de la VIII^e paire des nerfs crâniens — nerfs vagues — dont il avait étudié les fonctions « par l'expérimentation anatomique, à savoir, en liant chez le chien vivant les troncs des nerfs de la VIII^e paire » (p. 246, de *Anima Brutorum*).

Rappelons que les nerfs viscéraux, le vague en particulier, prennent leur origine au niveau du cervelet, centre de la vie végétative. Willis y reporte toutes les fonctions bulbaires. Le syndrome cérébelleux peut être réalisé par des lésions du cervelet : il est alors, nous l'avons vu, de gravité pronostique considérable dans les affections organiques.

Il peut être aussi de nature fonctionnelle, lié au seul trouble des esprits animaux du cervelet.

C'est ce qui se produit dans l'*Incubat* (ch. VI),

« Les paroxysmes de l'incubat surviennent le plus souvent, et même presque toujours pendant le sommeil. Dans la plupart des cas, l'estomac est chargé d'aliments de digestion pénible, et les sujets qui en souffrent se trouvent dans le décubitus dorsal. Ils paraissent sentir avant tout une gêne thoracique et précordiale ; la respiration est supprimée ou fortement entravée ; ils pensent qu'ils sont opprésés par quelque charge étendue lourdement sur leur poitrine ; cette charge, leur imagination la leur fait voir sous l'aspect d'un spectre ou sous celui d'un esprit ; ils ont idée de la renverser ou de l'écarter en remuant leur corps ou leurs membres ; leur corps ni aucun de leurs membres ne peuvent faire le moindre mouvement ; mais après cette lutte prolongée qui s'est passée dans leur cœur, qui parfois a presque atteint la défaillance de la vie, ils s'éveillent enfin complètement débarrassés, la masse imaginaire s'évanouit subitement, la force motrice leur est rendue ; à la vérité, il persiste dans le plus grand nombre des cas des palpitations et souvent une vibration très rapide et violente du diaphragme. Enfin le paroxysme passé, c'est l'aveu de l'imagination hallucinée qui a conçu l'aspect horrifant de l'Incube. »

Selon Willis, l'incubat résulte d'une brève éclipse des fonctions vitales, qui siègent dans le cervelet ; le cervelet est encore en cause dans l'*hystérie*, où les esprits renvoyés dans tout le système nerveux l'envahissent impétueusement.

Nous en trouvons la description au chap. X du traité des maladies convulsives. Willis n'admet pas la pathogénie utérine ; comme à Babinski, le mot d'*hystérie* lui répugne, il écrit toujours : « *les passions vulgairement dites hystériques* » :

« Des mouvements dans le bas-ventre ; là-même l'ascension d'une sorte de globe ; puis des borborygmes ou des efforts de vomissement, une distension des hypocondres, des bruits avec des éructations gazeuses ; la respiration inégale et fortement gênée, une suffocation dans la gorge, du vertige, le renversement et la rotation des yeux, souvent des rires ou des pleurs, une fabulation absurde, parfois ἀφωνία et ἀκίνησις avec un pouls faible ou nul, un aspect cadavérique, parfois des mouvements convulsifs de la face

et des membres, assez souvent étendus à tout le corps ; mais les spasmes généralisés surviennent plus rarement. »

C'est par les voies des nerfs destinés au cœur et aux viscères que les esprits s'élancent en tumulte et créent des désordres de ces parties respectives. Le rôle du vague est indiqué d'une façon toute particulière à propos du *mal de mer* :

« Pour une raison semblable, la plupart des sujets emportés dans un navire ou dans un char sont sujets à de terribles vomissements ; les esprits animaux sont pris d'ataxie dans cet excès de mouvements et cette fluctuation confuse ; ils envahissent en foule inaccoutumée la paire des nerfs vagues, d'où les spasmes et les mouvements convulsifs des viscères. »

Willis connaissait également les fonctions sensibles du pneumogastrique, quand il étudiait (*De morb. conv.*, ch. X), chez les adultes une variété d'épilepsie réflexe d'origine viscérale, dans laquelle les esprits renvoyés des organes arrivaient aux centres par la voie du vague et des nerfs intercostaux.

La souffrance des nerfs vagues et des plexus inclus dans le mésentère est l'origine de la *douleur colique*. Sous ce nom, Willis dépeint un vaste syndrome péritonéal avec douleur atroce, contraction de tous les viscères et du ventre entier, rétraction ou distension abdominale, constipation opiniâtre, vomissements jaunes ou verts, urines rares, vertiges, paralysie et mort fréquente.

Il en dénie l'origine au péritoine, insensible ; au contraire, le mésentère contient « des nerfs très nombreux et importants, leurs plexus et leurs ramifications bien remarquables ». L'auteur explique les douleurs lombaires anatomiquement, par des connexions nerveuses :

« En tant que ces remarquables nerfs lombaires pénètrent dans le grand plexus nerveux du mésentère, si bien que les spasmes douloureux se transmettent par consensus d'une partie à l'autre. »

III. — La Thérapeutique

Après cette revue bien incomplète de la pathologie de Willis, parcourons la thérapeutique.

LA MÉTHODE

Willis ordonne la thérapeutique avec sa méthode habituelle. Le plan de certains traitements, par exemple celui de la céphalée (ch. II) ou du vertige (ch. VII), sont des modèles d'exposition.

Ainsi, dans son chapitre VII, l'auteur définit d'abord le but à atteindre. Il passe rapidement sur le vertige accidentel, pour détailler le traitement du vertige habituel :

« Il y a avant tout trois directives de traitement : dissiper le feu de la maladie, écarter les causes prédisposantes, supprimer la cause conjointe. Ces différents points développés, Willis « esquisse de plus près la méthode thérapeutique »,

montrant comment en pratique il faut l'appliquer à la crise vertigineuse, au vertige continu. Enfin, il indique le traitement prophylactique. Le traitement est toujours très individualisé. Willis le modifie suivant les formes cliniques, les tempéraments.

Il évite d'accumuler des prescriptions et des formules empruntées aux divers auteurs, comme on la faisait trop souvent de son temps :

« Les médicaments couvrent d'habitude de vastes pages dans les livres de médecine, si bien que leur grand nombre a engendré l'inefficacité et la confusion des méthodes thérapeutiques. » (De An. Brut., ch. II).

Pour lui, il se guide sur son expérience personnelle qu'il invoque souvent.

LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Les ressources thérapeutiques de Willis sont très étendues ; loin de se borner aux médicaments chimi-

ques, il fait appel à la chirurgie, aux moyens physiques, à la climatologie, aux régimes, à la psychothérapie, à la pédagogie.

Il suit en cela la grande tradition classique, celle de Galien et de Cœlius Aurelianus (1).

Nous ne ferons qu'énumérer les têtes de chapitres de son formulaire, richement polypharmaceutiques, en dépit de ses intentions de simplicité.

Voici, à titre d'exemple, quelques formules simples de *purgatifs* :

<i>Pilules</i>	{	succin	2 drachmes (2)
		résine de Jalap	4 grains
		baume du Pérou	qs. pour 4 pilules

En prendre 3 à l'heure du coucher et le lendemain matin si les premières n'ont pas opéré suffisamment.

<i>Poudre</i>	{	scamonnée sulfureuse	1/2 scrupule
		céruse d'antimoine	15 grains
		crème de tartre	8 grains

à prendre dès le matin.

D'autres formules contiennent du séné, de la rhubarbe, de l'Epithymum, de l'extrait d'Hellébore noir, du Calamélanor.

DES VOMITIFS

<i>Poudre</i>	{	sulfure d'antimoine	4 grains
		résine de jalap	5 grains
		crème de tartre	6 grains

à prendre dès le matin avec de la conserve de violettes sous forme de bols.

On les emploie dans l'ivresse et les intoxications : ils sont contrindiqués dans les fièvres.

(1) Jean VINCHON. — Evolution de la thérapeutique des psychoses. *Bull. de la Soc. de Thérapeutique*, mai 1923.

(2) Ces mesures anglaises traditionnelles répondent : le grain à 0 gr. 064 ; le scrupule à 1 gr. 29 ; le drachme à 3 gr. 88 ; l'once à 30 gr. environ (28 gr. en Angleterre, 31 gr. aux U. S.).

Les médicaments céphaliques « rendent la liqueur nerveuse bénigne et plus douce aux méninges qu'elle incommodait ». Aussi trouvent-ils place dans le traitement de nombreuses affections nerveuses et mentales, Willis recommande entre autres les formules suivantes, très complexes :

<i>Electuaire</i>	{	consève de fleurs de bétoine ...	{	aa 4 onces
		consève de fleurs de caryophyllus.		
		poudre de racine de pivoine marine.	{	1/2 once
		dictamne de Crète		
		bois d'Aloès	{	aa 1 once
		bois de Santal citrin ..		
		corail rouge	{	aa 1 once 1/2
		préparation de perles .		
		ivoire		
		sel de verveine		1 drachme 1/2
		sirop de fleurs de pivoine qs.		pour un opiat

en prendre gros comme une châtaigne, puis boire 3 onces du julep suivant :

<i>Julep</i>	{	eau de cerises noires	{	aa 4 onces
		eau de noyer simple		
		eau de verveine		
		eau de fleurs paralytiques	{	3 onces
		composé de pivoine		
		sucré		
				6 drachmes

Teinture de corail... 1 once ; prendre 5 à 20 gouttes, deux fois par jour, dans le julep ou l'eau distillée, etc...

D'autres formules contiennent la racine de garance et de petasites, etc...

Parmi les *calmants*, Willis recourt souvent aux *Anodins* « eaux distillées, décoctions, sirops et conserves de fleurs de nymphéas, de paralytis, de mauve, de violette, de jacinthe, de feuilles de laitue, de pourpier, de saule ». Il y ajoute dans le traitement de l'insomnie les opiacés : sirop diacode et laudanum ; dans celui de la mélancolie, il utilise les émulsions de semence de pavot blanc, le sirop de coquelicot. L'anagallis à fleurs pourpres, avec les sommités de millepertuis sont considérés comme les spécifiques de la Manie.

Le plus employé des *stimulants* est le sel ammoniac :

« Esprit d'ammoniac succiné: 6 drachmes (ch. IV et XIII), donner 15 à 20 gouttes soir et matin dans l'eau distillée suivante... »

Les *réconfortants* sont : l'élixir de vie quercitannique, l'esprit de lavande, la thériaque camphrée, la teinture de pivoine, de succin, de corail avec les eaux apoplectiques (ch. VIII).

Relevons aussi les infusions de thé, les décoctions de café avec des feuilles de sauge (ch. VIII).

Une dernière catégorie de remèdes souvent citée est celle des modificateurs (*alterantia*), nos dépuratifs, auxquels se joignent les antiscorbutiques et les ferrugineux. Ils sont particulièrement indiqués dans la mélancolie ; on retrouve parmi eux la plupart des remèdes céphaliques, ainsi que les feuilles de mélisse, de bourrache, de buglosse, de fumeterre, de cresson aquatique, de beccabunga, les fleurs de tunica, de souci, de bourrache, de paralysis, les écorces d'oranges et de limon ; les racines de chèvrefeuille, de polypode, de fragon, de fenouil, les folioles de scolopendre, de ceterach, de capillaire, de chamædrys, etc...

Le fer entre dans la préparation des remèdes appelés « *Chalybeata* » sous forme de limaille de fer, de vitriol de Mars, de sirop de fer (*Syrupus de Chalybe*) ; enfin d'une préparation personnelle que Willis appelle « *Chalybis nostra præparatio* ».



La *petite chirurgie* offre de nombreuses ressources : les cautères, les sétons, toute la série des topiques, mais avant tout la *saignée*, qu'on exécute par phlébotomie, par sangsues, par ventouse scarifiées ou même par artériotomie ; les Anciens préféraient l'artériotomie, Willis la réserve à certaines céphalies, aux ophtalmies, et suivant en cela l'avis des vétérinaires, aux humeurs strumeuses. La saignée est un remède utile dans la presque totalité des cas, à titre curatif immédiat, comme traitement d'entretien, comme mesure prophylactique.

Elle est copieuse et souvent associée aux purgatifs et aux vomitifs quand on incrimine un vice du sang. Mais les émissions sanguines doivent rester limitées, ne s'accompagner que de purgatifs doux lorsque la liqueur nerveuse est en cause.

Pour prévenir l'apoplexie, la paralysie, la manie chez les gens qui en ont déjà subi les atteintes, Willis préconise des cures *solennelles*, au printemps et à l'automne, comprenant de petites saignées, un purgatif, des remèdes céphaliques.

Il recommande la régularité du régime alimentaire, la modération du genre de vie :

« De même à l'approche des équinoxes, il faut retirer du sang du bras, et 7 à 8 jours après, des veines hémorroïdales par la succion des sangsues. Il faut appliquer des purgatifs et des vomitifs 2 ou 3 fois, après les intervalles nécessaires. Après plusieurs jours intercalaires, on prend régulièrement, aux heures médicales, des remèdes modifiants... L'alimentation doit être légère et facile à digérer, quant au mouvement, au sommeil, aux autres choses extérieures, tout doit être modéré. »

À la petite chirurgie, se rattache la *salivation mercurielle* ; à cette époque, on recherchait en effet ce signe d'intoxication comme critérium d'efficacité ; on employait la salivation sans beaucoup de discernement. Willis se demande « si la salivation doit être appliquée dans les céphalées invétérées lorsque le mal vénérien n'est pas en cause ». Il conclut par la négative. Dans le seul cas de syphilis « nul doute qu'il ne faille appliquer à ce mauvais nœud ce mauvais coin ».

Willis ne fait intervenir la grande chirurgie que pour préconiser la *Trépanation* :

« C'est-à-dire l'ouverture du crâne au niveau du point douloureux avec la modiole ou trépan. S'il y a un abcès, c'est la seule voie possible de guérison ; mais elle rendrait mortelles les affections soporeuses ou convulsives, plutôt que de supprimer la céphalée ; si un phlegmon des pustules ou un érysipèle occupent le diploé, je ne sais si les tumeurs exposées à l'air s'évaporeront plus facilement, ou si les remèdes appliqués sur celles-ci mises à nu agiraient ou non. Si les douleurs viennent de l'atteinte des méninges par des

tubercules, une tumeur squirreuse ou calleuse, j'estime que l'ouverture du crâne n'aurait que peu ou pas d'utilité. »

Cette discussion devait rester purement théorique et Willis ne nous en cite pas d'applications.



Nous avons à plusieurs reprises noté l'importance accordée par Willis à la situation topographique des habitations et au climat. Il en tient compte dans ses prescriptions, il veut ainsi que les vertigineux habitent un pays « sec et battu par les vents ».

Dans la paralysie, Willis recommande :

« les bains de divers genres et formes, et les thermes naturels. Nos thermes de Bath en sont le type (s'ils conviennent bien au tempérament du malade), aucun remède ne peut les surpasser, c'est ce qu'indiquent assez les béquilles de plusieurs paralytiques guéris, suspendues comme des trophées de victoire remportée sur cette maladie. »

Pourtant, la balnéation ne saurait convenir à tous les cas :

« L'usage des thermes ne guérit pas certains paralytiques, il les rendit plus infirmes ; chez beaucoup d'autres qui n'y étaient pas disposés, elle produisit l'hémoptisie, l'asthénie ou le tabès. Aussi les cures thermales ne doivent pas être essayées sans l'avis du médecin ; une fois qu'on les a tentées, il faut vite les abandonner si elles ne conviennent pas. »

Ces bains étaient chauds ; Willis emploie les bains froids dans le traitement de l'agitation. Au chap. X, il raconte comment il fit conduire à la rivière une servante atteinte de frénésie ; dès qu'elle y fut plongée :

« elle se mit à nager spontanément ; au bout de la troisième ou quatrième partie de l'heure, elle fut tirée des eaux, saine et sauve ; mise au lit, elle s'endormit, sua copieusement et entra en convalescence sans autre remède. »

Voilà une anticipation pittoresque de nos méthodes antifiébriles actuelles.

L'action calmante du froid est aussi utilisée sous forme d'applications locales, dans le syndrome colique.



Tous les traitements de Willis comprennent des prescriptions diététiques répondant aux idées de son temps sur les tempéraments. Signalons le traitement prophylactique de l'incubation et des maladies convulsives entrepris dès la première enfance :

« Qu'on leur applique un traitement correct : on recherchera si le lait qu'ils têtent est par lui-même pur, louable, s'il convient bien à leur estomac ; on ne les laissera pas dormir après la tétée ; la nourrice usera d'un bon régime alimentaire, elle prendra soir et matin une dose de poudre ou d'électuaire céphalique... »



La psychothérapie est riche en ressources. Laissant de côté les instructions, classiques, sur le genre de vie, nous ne nous arrêterons qu'au traitement de la stupidité, à celui de la Mélancolie et de la Manie.

Le traitement de la *Stupidité* appartient « tantôt au Précepteur, tantôt au Médecin ». Son but est « en développant (chez ces malades) quelque peu l'usage de la raison, de les faire sortir de la classe des Animaux ».

Quelle doit être l'œuvre du précepteur ?

« Un maître appliqué et très dévoué doit les éduquer complètement ; il faut leur inculquer les mêmes choses peu à peu. Par cette méthode, bien que leurs esprits soient paresseux et torpides, ils s'aiguisent quelque peu par l'exercice perpétuel... »

Les *mélancoliques* sont traités par Willis d'une façon un peu différente de celle que nous employons aujourd'hui. Il faut éviter de les laisser seuls, de crainte qu'ils n'acquiescent des idées de métamorphoses. Pour « volatiliser leurs esprits animaux », il s'agit d'exciter « leur vivacité ou leur contentement ».

« Des récits comiques ou plaisants, des chants, la musique, la peinture, la danse, la chasse, la pêche, et d'autres exercices agréables... »

répondent à ce programme. Chez d'autres malades, on est obligé de recourir « à des spéculations plus graves » :

« des études mathématiques ou chimiques, un voyage, un changement de résidence réussissent souvent. Ceux qui restent à domicile doivent continuer à gérer leurs affaires,

« à gouverner leur famille, à ordonner et cultiver leurs propriétés, leurs jardins, leurs vergers, leurs champs... »

Ces indications visent sans doute de petits malades ; dans des cas plus graves, l'auteur envisage d'autres directives, « cependant il y a souvent besoin d'y ajouter des moyens médicaux », et Willis développe la série des saignées, purgatifs, modificateurs, ferrugineux, bains d'eau douce et hypnotiques.

Les procédés les plus violents sont réservés aux *maniaques* chroniques, et l'on a souvent reproché à Willis, en généralisant abusivement, d'avoir fait battre ses malades. Ce point est incontestable. L'intention est certes « de corriger ou d'atténuer les fureurs et les écarts des esprits animaux ». Mais les phrases qui développent cette « première indication curatoire » sont terribles.

« Elle nécessite la Discipline, à savoir les menaces, les liens et les coups, aussi bien que la médecine. Pour cela, l'Insensé placé dans une maison spéciale sera traité, tant par le *Médecin* que par les *aides* prudents, de façon à ce qu'on puisse toujours le maintenir dans son devoir, dans sa tenue et dans ses mœurs, par des avertissements, des remontrances et des peines que l'on inflige aussitôt. *Pour guérir les maniaques*, rien n'est plus efficace qu'ils craignent comme des bourreaux et respectent (ceux qui les soignent)... »

Ces tristes indications, limitées, répétons-le, aux maniaques chroniques (1), nous font bien mal augurer des *asiles* où on les mettait en œuvre.

Ces asiles, « *insanientium nosocomia* », n'avaient rien de médical ; Willis donne sur eux les détails que voici :

« Les sujets atteints de manie invétérée sont rarement

(1) Contrairement à ce que rapporte Calmeil (*de la Folie*, I, p. 405), ce n'est pas Thomas Willis qui fit battre, pendant ses accès de manie, un roi d'Angleterre ; ce dernier, Georges III, vivait à la fin du xviii^e siècle ; il était traité par un autre Willis, celui que cite Pinel dans la préface de *La Manie*.

soumis au traitement médical, mais ils sont placés dans les hôpitaux d'insensés. Grâce à la discipline ordinaire en ces lieux, ou bien ils reviennent enfin à eux, ou bien ils sont préservés du danger qu'ils feraient courir à eux-mêmes ou aux autres... Il n'est pas besoin d'illustrer la nature de cette maladie d'observations et d'exemples, ni de décrire les types multiples : qu'on visite plutôt les asiles de délirants, ce n'est pas sans stupéfaction que l'on y peut voir un véritable nouveau genre d'Hommes, genre monstrueux, contraire à la Raison, placé à nos Antipodes.

« S'il était possible de les réunir en même lieu, qu'on leur joigne tous les imbéciles et les déments, je ne sais pas s'il resterait la moitié du globe terrestre pour les gens calmes et raisonnables. »

On le voit, si le traitement des asiles est violent, les indications de l'internement sont assez restreintes, et Willis pratiquait la cure libre dans la grande majorité de sa clientèle.

*
**

Nous venons d'étudier en Willis l'un des représentants les plus marquants de la médecine au xvii^e siècle. Il possède un fond solide de grande tradition classique, il inaugure avec des résultats intéressants les méthodes modernes anatomo-physiologiques, il ouvre dans de larges anticipations les voies de l'avenir. Certes, parfois sa méthode, ses intentions de clarté, son esprit critique sont dépassés ou même aiguillés sur des voies sans issue par la pauvreté des acquisitions positives de l'époque. Mais jamais il ne se perd, comme beaucoup de contemporains, dans des systèmes univoques : ce serait lui faire injure que de le classer parmi les humoristes, les chimiâtres, les animistes, les mécanistes, etc. Il domine tous ces points de vue, qui prennent place, sans s'opposer, dans son vaste dynamisme synthétique. Malgré des insuffisances inévitables, l'impulsion était donnée, la neuropsychiatrie voyait s'ouvrir devant elle la voie du progrès.

(Travail du service du Pr-agrégé Laignel-Lavastine)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 JUIN 1928

Présidence de M. LEROY, Président

Mme Minkowska ; MM. Abély, Collet, Demay, Dide, Lauzier, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Henri COLIN, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. Baruk qui remercie la Société de lui avoir accordé le *prix Moreau de Tours*, une lettre de Mlle Chiarli, interne à l'asile de St-Ylie qui remercie la Société de lui avoir accordé une récompense sur le montant du *prix Aubanel*.

M. LEROY, *président*. — Messieurs. J'ai le plaisir de vous annoncer que le D^r Jean Salomon, victime d'un attentat criminel de la part d'un malade de son service, a reçu la médaille d'or de l'Assistance publique. Nous lui adressons nos meilleures félicitations.

De nouvelles alarmes sont venues nous émouvoir. Le D^r Truelle, médecin-légiste, a été récemment l'objet de violences qui auraient pu avoir les suites les plus graves. Un simulateur, détenu à la prison de la Santé, s'est jeté sur lui pendant un examen médico-légal, a cassé à coups de poing son lorgnon au risque de lui crever les yeux et l'a violemment frappé à la tête avec un lourd encrier. Nous sommes heureux que

notre cher collègue ait pu échapper à la fureur de ce forcené.

Il me reste enfin un pénible devoir à remplir. Le professeur-agrégé Laignel-Lavastine a perdu son fils aîné, tout jeune étudiant en médecine, dans un stupide accident d'automobile, alors qu'il était lui-même parti dans le lointain Orient pour assister à un Congrès. Il est des douleurs devant lesquelles tout homme s'incline dans un sentiment de compassion. Notre confrère avait déjà eu l'immense chagrin de voir mourir sa femme bien-aimée, fille du chirurgien Reynier et petite-fille du professeur Hérard. Victime de l'adversité, il avait consacré sa vie à ses enfants et à la science. Un affreux malheur vient de l'accabler de nouveau.

Je sais que l'ami de ma jeunesse est de ceux qui puisent dans les croyances religieuses la force de résister à de pareilles épreuves. Il me permettra de rappeler ici la parole sacrée : *bienheureux ceux qui pleurent, car ils seront consolés.*

Aucune condoléance, quelle qu'en soit la sincérité, ne peut atténuer une telle infortune. Que notre collègue sache, du moins, que nous sommes de cœur avec lui, que sa souffrance est la nôtre et que la grande famille médicale, constituée par la Société médico-psychologique, est aujourd'hui en deuil.

Un cas du vol de la pensée

par M. Pierre JANET

Nous avons tous conservé un bon souvenir du Congrès de Blois et des discussions sur « le sentiment de l'Automatisme » qui ont été provoquées par les travaux de M. de Clérambault. J'ai l'impression que ces discussions ne sont pas terminées (elles ne le sont jamais) et que nous avons intérêt à revenir sur certains points.

I

Permettez-moi de vous rappeler en deux mots la position de la question. Notre collègue, depuis bien des années, a attiré notre attention sur certains faits psychologiques élémentaires, des sentiments qu'il considère comme le point de départ des délires de persécution, des délires mystiques et de certains autres. Sur ce point, nous approuvons complètement cette méthode : c'est ce que j'avais essayé de faire autrefois en présentant les sentiments d'incomplétude comme le point de départ des obsessions. Il faut seulement bien s'entendre sur le choix de ces phénomènes psychologiques considérés comme primordiaux, avant de chercher trop vite à les rattacher eux-mêmes à des interprétations physiologiques.

M. de Clérambault a présenté comme point de départ du délire de persécution un certain nombre de faits qu'il mélange un peu et que je classerai en deux groupes, des sentiments comme le sentiment du vol de la pensée, le sentiment de l'écho de la pensée, le sentiment du devinement de la pensée, bien étudié par M. Heuyer (1), que je résume par un seul mot, des *sentiments d'emprise*, et un second groupe de faits, des actes, des perceptions, des images qui ne sont pas rattachés à la marche de la pensée, qui apparaissent subitement à la conscience sans être prévus, préparés, interprétés, sans être élaborés en un mot, des gestes forcés, des mots explosifs, des jeux verbaux, des kyrielles de mots, des scies verbales, des déroulements de souvenirs, etc. Pour nous entendre, je peux appeler ces faits des *phénomènes irruptifs*, qui font irruption dans la conscience. La thèse de M. de Clérambault consiste à expliquer le premier groupe de faits par le second et à dire que les sentiments d'emprise résultent des phénomènes irruptifs. Ce sont ces phénomènes dissociés qui embarrassent, inquiètent le sujet et qui amènent les sentiments d'emprise.

(1) DE CLÉRAMBAULT. — *Annales médico-psychol.*, février 1927. — G. HEUYER. *Ibid.*, novembre 1926.

J'ai mauvaise grâce à protester contre cette interprétation que j'ai acceptée autrefois dans la conclusion de l'automatisme psychologique, page 440, et dans des ouvrages postérieurs, où je montre des sentiments de possession à la suite de pratiques de la médiumnité. Je crois cependant qu'il ne faut pas aller trop vite dans cette interprétation.

Les phénomènes irruptifs sont d'une grande banalité : si la porte s'ouvre et si une personne entre, que je ne connais pas, si au milieu de mon travail ma bouche chantonne un petit air ou murmure une phrase : « Ah ! si j'étais riche », ce sont des phénomènes irruptifs et nous ne nous en plaignons guère. Ce qui est anormal, ce n'est pas que le malade ait un plus grand nombre de ces phénomènes irruptifs, c'est qu'il les remarque et qu'il s'en plaigne. C'est le sentiment d'emprise qui caractérise déjà ces phénomènes irruptifs chez les malades.

Ce sont ces sentiments d'emprise que nous devons étudier avant tout, ne fût-ce que pour nous entendre sur la nature de ces sentiments pathologiques. Nous devons comprendre et fixer la notion de tel ou tel symptôme psycho-pathologique, et à ce propos le sentiment du vol de la pensée me paraît aussi important en psychiâtrie que le souffle pneumonique en pathologie. Sans insister sur la description, je suis obligé de vous rappeler pour bien les étudier, deux observations seulement. On entend très souvent des malades se plaindre qu'ils ont subi un dommage particulier, qu'à certains moments on leur a volé leur pensée. Je ne veux pas tenir compte de ces plaintes et de ces récits des malades qui portent sur des impressions anciennes : la part du souvenir, de la construction dans les souvenirs et dans les interprétations est bien considérable. Je préfère les observations dans lesquelles nous pouvons insister actuellement à l'événement et j'étudie les malades à qui on vole la pensée devant nous, pour pouvoir constater dans quelles circonstances se produit ce sentiment et les modifications de la conduite qui semblent déterminer son apparition.

Je vous rappelle en deux mots une de mes ancien-

nes observations que j'ai publiée dans le tome II des « Médications psychologiques », p. 175-178. Une jeune fille de 26 ans, que j'ai désignée souvent sous le nom de Simone, était dans un de ces états de déchéance et d'affaiblissement intellectuel que l'on peut considérer comme le début de la démence précoce, dans laquelle elle est maintenant bien plus avancée. Toujours mécontente, obsédée à propos de tout, facilement délirante, elle était surtout caractérisée par une sorte de timidité bourrue qui la rendait brutale et grossière. J'avais remarqué que l'on pouvait avec de la patience la calmer, la familiariser, obtenir des efforts d'attention et la relever, au moins momentanément. Dans une séance de ce genre, j'avais obtenu un résultat remarquable : son visage laid, fermé, grimaçant, s'était détendu et devenait presque agréable ; elle écoutait, comprenait et répondait aimablement, sans aucun délire. Elle parvenait même à exprimer des remarques assez fines et elle était toute fière de se sentir intelligente. A ce moment, la porte de la chambre s'ouvrit brusquement et la mère, qui était elle-même une grande névropathe, peu intelligente, se précipita dans la chambre en grande toilette. Elle venait, disait-elle, demander si la chérie était bien guérie, si elle était capable de s'habiller pour venir au salon. La chérie fit une figure longue d'une aune et reprit rapidement son mauvais visage ; elle détestait les surprises, elle comprenait très bien que sa mère était jalouse des confidences qu'elle faisait, elle sentait que sa mère l'humiliait par sa toilette, elle était furieuse et immédiatement elle redevint grossière et délirante. A ce moment, elle se pencha vers moi et me glissa ces mots à l'oreille : « Cette fois, vous le voyez bien, ma mère vient encore de me voler ma pensée. » Cet exemple m'a intéressé parce qu'il me montrait au moins sommairement les transformations générales de la conduite que les malades interprètent comme des vols de leur pensée.

A cette étude déjà ancienne je voudrais ajouter une observation qui me paraît bien intéressante et dont je poursuis en ce moment l'étude avec notre collègue,

M. le D^r Vignaud dans la maison de santé de Vanves, Qu'il me soit permis à cette occasion d'exprimer encore le chagrin que m'a causé la mort d'un vieil ami, Arnaud, avec qui, depuis trente ans, je discutais indéfiniment dans le beau parc de Vanves. Je lui ai peut-être inspiré quelques-unes de mes idées sur les obsessions et sur le délire psychasthénique, il m'a certainement communiqué beaucoup d'enseignements précieux sur l'observation de ses malades. Arnaud aurait été certainement bien intéressé par ce nouveau malade et son grand sens clinique nous aurait rendu bien des services.



Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, d'origine étrangère, que je désignerai par le nom de James, dont les antécédents familiaux sont mal connus. Il a présenté certainement dans sa première enfance des infections intestinales prolongées et des accidents méningitiques auxquels il a failli succomber. Quoique ces accidents nous soient mal connus, je n'hésite pas à les considérer comme le point de départ de l'évolution pathologique.

Quoi qu'il en soit, James fut au début un enfant intelligent et affectueux, très gâté par la famille qui l'a adopté. Il était agité, désobéissant et menteur, car il ne supportait aucun frein, aucune discipline. Il se fit renvoyer successivement de plusieurs établissements d'enseignement qui ne pouvaient supporter un enfant aussi indiscipliné, aussi perturbateur. Rentré dans sa famille, il se montrait affectueux, mais il était horriblement timide, il fuyait le salon, se tenait mal et se fâchait surtout contre son père qui essayait de se montrer plus sévère que sa mère et il commençait à montrer une certaine peur de son père, qu'il admirait beaucoup, mais qu'il considérait comme trop au-dessus de lui.

Vers l'âge de 13, 14 ans, on s'aperçut de mauvaises habitudes de masturbation et de certains troubles bizarres, des tics et des manies. Il aimait, par exemple, à regarder indéfiniment les nuages et à suivre leurs contours dans le ciel avec son doigt, à dessiner leurs formes. Il était inquiet sur les conséquences de ses actes et s'il jetait une balle, il avait peur qu'en tombant la balle n'eût tué quelqu'un et même quand il avait ramassé la balle il restait inquiet pendant des heures en se demandant s'il n'était pas un meurtrier. Il avait une foule de superstitions sur les dates, redoutant les

dates qui se terminaient par un 9 comme 19, 29 ; il adorait certains nombres comme 5, 6, 8, 13, il en détestait certains autres, 9, 12, 23. On parla d'un état pathologique et il fut placé dans un sanatorium. Il a déjà été placé dans cinq maisons de santé où il n'a jamais pu rester longtemps, il s'y montrait insupportable et surtout il parvenait toujours à s'enfuir ; une fois il réussit même à faire évader avec lui un aliéné, ce qui amena des aventures bizarres. Après un placement malheureux dans l'asile de Gheel en Belgique, qui ne lui convenait guère, il m'a été confié l'automne dernier. J'ai d'abord essayé de le suivre chez ses parents en lui laissant une liberté relative, puis, quand j'ai eu l'impression que la situation pouvait devenir dangereuse, je l'ai placé dans la maison de santé de Vanves où il n'est pas facile de le garder.

Si vous veniez le voir dans un de ses bons jours, il en a souvent, vous trouveriez un grand garçon bien constitué, bien portant, quoiqu'il ait peut-être quelques petits troubles de circulation, car il a quelquefois les pieds et les mains froids, un peu rouges et humides de sueur. S'il est bien disposé et si vous êtes seul avec lui, il vous parlera bien en français et se montrera intelligent. Il a du goût pour la musique qu'il connaît assez bien, il s'occupe d'histoire, mais exclusivement de l'histoire de Napoléon I^{er} qu'il aime particulièrement. Il connaît un peu la littérature, mais ici aussi il est exclusif, car il ne s'intéresse réellement qu'à Shakespeare dont il sait par cœur de longs morceaux. Il a toujours un goût singulier pour la météorologie et il accumule les notes sur les variations du baromètre et sur l'état du temps. Vous ne remarqueriez qu'une seule chose anormale, c'est son attitude. Il ne vous parle que debout, appuyé contre la cheminée, contre un mur et surtout dans l'angle de deux murs, il vous suit constamment des yeux et il s'oppose absolument à ce que vous passiez derrière lui. Il sait bien, dit-il, que c'est tout à fait ridicule, mais c'est une habitude qui lui reste à la suite de crises douloureuses dans lesquelles il veut éviter de retomber.

Il a en effet des crises qui sont quelquefois terribles : à l'occasion de certaines circonstances sur lesquelles nous reviendrons, il devient sombre, inquiet à propos d'une idée qu'il déclare lui-même complètement absurde et idiote, mais il vous supplie de le rassurer. Est-ce que quelqu'un ou quelque chose n'a pas passé derrière son dos, est-ce que dans un moment de distraction il a mal surveillé ses derrières, est-ce qu'il a laissé cette personne pénétrer en lui ? Est-ce que cette personne, ou même cet objet, un simple fauteuil, n'est pas en lui, ne fait pas des ravages dans son

corps et dans son esprit ? Est-ce que cette personne entrée en lui n'a pas pris sa pensée, sa volonté, sa personne, ne lui enlève pas les trois quarts de sa force, de sa volonté, ne lui prend pas ses idées, ne va pas le faire agir à sa guise, ne le remplace pas ? L'expression de cette idée de possession est variable, on verrait quelquefois l'expression du devinement de la pensée dont parlait M. Heuyer, plus souvent l'expression d'un sentiment de présence invisible autour de lui, mais rarement. Il n'y a certainement jusqu'à présent aucune hallucination auditive, ni même d'écho de la pensée, il y a surtout un sentiment prédominant de vol, de rapt de la pensée.

Ces sentiments pendant la première partie de la crise se présentent comme des obsessions particulièrement tenaces ; mais au bout de quelques heures, ils donnent lieu à un véritable délire. James affirme qu'on est entré en lui, qu'on lui a pris sa pensée, son âme, qu'il doit à tout prix se défendre et se délivrer. Il crache par terre contre ces prétendus envahisseurs, il les accable d'injures, il les menace. « Ah ! si je pouvais les rencontrer, les voir face à face, il y aurait du sang, il y aurait du sang. » C'est à ce moment qu'il devient dangereux pour les personnes présentes, même pour sa mère qui essaye en vain de le calmer. Il veut échapper, fuir et il organise des fugues qu'il est très difficile de prévenir. Il s'est déjà évadé quatre fois de Vanves malgré la surveillance. Cette crise dure en général 24 ou 48 heures pendant lesquelles il ne dort pas, puis graduellement et quelquefois même subitement la crise se calme. Il regarde de tous les côtés avec une sorte de joie et s'écrie : « Maman c'est fini, il n'y a plus rien en moi, j'ai été bien bête de croire à ces stupidités », et il se remet à la musique, comme si rien ne s'était passé. Mais à la première occasion la crise va recommencer et depuis quelque temps les crises ont une tendance à devenir subintrantes, à se prolonger plus ou moins, mal terminées pendant des périodes mauvaises de plusieurs semaines, séparées par des bonnes semaines assez calmes.



Il s'agit là en somme d'un cas de délire d'influence au début, dans lequel il n'y a pas de grande superstructure délirante. Dans l'intervalle des crises James que j'interroge de toutes manières n'a pas de délire de persécution, il n'a pas non plus, même dans la crise, d'hallucination auditive et il sait très bien que

personne ne lui parle, que personne ne répète ses pensées, que personne ne le fait parler. Il sent seulement qu'on lui a pris quelque chose dans sa pensée, il sent que ses pensées ne sont plus complètement à lui, qu'on les sait peut-être, en tout cas qu'il ne les possède plus bien. C'est un cas qui me paraît encore très pur du sentiment du vol de la pensée revenant par crises distinctes. Sans doute l'avenir est bien inquiétant et il est bien possible qu'un jour un délire permanent de persécution se constituera. Mais pour le moment, le trouble psychologique est simple et isolé et il serait intéressant de l'interpréter.

II

Un premier rapprochement me vient à l'esprit : excusez-moi, on rapproche toujours ce qu'on ne comprend pas de ce que l'on croit connaître un peu. Je pense à ces *crise de psycholepsie* que je décrivais dans mon livre sur les obsessions, sur lesquelles j'ai eu l'occasion de faire, il y a longtemps, des cours à l'école de médecine de Harvard University, à Boston. Il s'agit d'individus qui, à propos de certaines circonstances, présentent une assez rapide chute des fonctions psychologiques et qui ont à un fort degré les *sentiments du vide*. Ils ont perdu toute affection, tout intérêt, ils sentent que les objets environnants sont devenus étranges, irréels, que tout est mort autour d'eux, qu'eux-mêmes sont morts ou qu'ils sont devenus de purs esprits. Il s'agit là aussi de crises courtes qui peuvent survenir rapidement et se terminer de même ou qui peuvent se prolonger et donner naissance à des délires. Un certain nombre de remarques justifient au premier abord ce rapprochement.

Je signalerai d'abord les conditions déterminantes de ces crises qui sont les mêmes dans les deux cas, il s'agit toujours de circonstances qui provoquent un épuisement dans un esprit fragile, qui amènent une chute de la tension psychologique et une diminution de la force psychologique. Les crises de James semblent souvent en rapport avec des objets matériels,

il sent que le dossier d'un fauteuil est entré dans son dos ou qu'une roue de bicyclette tourne dans son ventre. C'est là une apparence, jamais James n'est envahi par un fauteuil, quand il est seul dans sa chambre ; il faut toujours qu'une personne pousse le fauteuil ou la bicyclette. Il s'agit toujours d'un trouble déterminé par une conduite sociale.

Dans beaucoup de cas il s'agit simplement de phénomènes de *timidité*. Par exemple le père adoptif de James par sa simple présence, par son entrée dans le salon détermine la crise en gênant, en intimidant ce garçon. Je le comprends un peu : Le père est un homme de grande taille, au visage un peu froid, qui a eu une grande situation. James a toujours souhaité que son père soit fier de lui et il doit reconnaître qu'il ne lui a jamais donné aucune satisfaction, « cela me gêne, dit-il, et me tue. Mon père est silencieux et quand il me regarde, c'est terrible ». Il s'agit là d'une intimidation que l'on peut comprendre. D'ailleurs la même intimidation est produite par la présence d'autres personnes, par des femmes aussi bien que par des hommes. « Je veux, dit-il, vivre dans un désert, j'ai l'horreur du monde, je suis gêné par une personne dans la chambre, je ne suis jamais assez seul..... quand quelqu'un est dans la chambre, je sens qu'il me regarde, mon regard est attiré, je le surveille, je pense qu'il pense à moi, c'est horrible, je veux qu'il s'en aille, sinon je suis malade. »

Une autre condition très fréquente des crises, c'est la *surprise* : bien des crises sont déterminées par une porte qui s'ouvre, par le bruit d'un bouton de porte, par l'interruption brusque d'un de ses actes qui exige une nouvelle adaptation. Voici un exemple bien typique : James est dans son cabinet de toilette et il se livre à un acte un peu bête de jeune homme vaniteux, il se regarde avec complaisance dans la glace en tirant sur les pointes de son faux col. Sa mère a touché le bouton de la serrure et a à peine entr'ouvert la porte : surprise, honte, interruption brusque de l'acte vaniteux et grande crise de 48 heures, vraiment dangereuse, parce que sa mère est entrée en lui et lui a volé les trois

quarts de sa personne. Il ne peut tolérer qu'on le touche brusquement : la place où il a été touché va le brûler indéfiniment et sera la porte d'entrée de l'envahisseur. Des crises ont été déclenchées, par un bruit soudain, par le déplacement d'une chaise, etc. Cette condition peut se combiner avec la précédente : « Mon père était à table et lui qui ne dit rien, il a parlé tout soudain, cela m'a rendu bien malade ».

James a tellement peur de ces surprises qu'il a pris des manies de surveillance pour les éviter. Il ne veut pas qu'une personne dans la chambre échappe à son regard et surtout, passe derrière lui, car il a besoin de la suivre des yeux et de prévoir la direction de ses mouvements. Il applique cela même à des objets : « Si je regarde un train, je m'attends à ce qu'il bouge dans un certain sens, s'il bouge dans un autre je suis malade, il faut toujours que les gens et les choses bougent dans le sens que je veux ». C'est pourquoi il ne peut tolérer plusieurs personnes dans la chambre, car il ne peut les suivre des yeux toutes à la fois. « Je veux que tout bouge dans le même sens » ; c'est pourquoi il est si fragile quand il se deshabilille et quand il doit passer sa chemise par-dessus sa tête : « Ah mon Dieu je n'ai pas regardé pendant un instant, n'a-t-il pas pu courir vite derrière moi ? » Il ajoute avec tristesse : « Je ne peux pourtant pas tout contrôler et me tenir toujours dans une bonne position pour lutter si on entrainait en moi ». Il veut supprimer les phénomènes irruptifs et il arrive à en avoir beaucoup moins que nous.

Un autre groupe de crises est déterminé par les *attentes* et les *fatigues*. S'il est trop longtemps assis sur la chaise chez le coiffeur, la chaise est entrée en lui poussée par le coiffeur. Si je discute trop longtemps avec lui, il me comprend très bien au commencement, puis il a peur que je n'enfoncé la chaise en lui. Quand il lit trop longtemps un livre sur Napoléon, il croit que Napoléon l'envahit au point que bientôt « tout en lui va être Napoléon ». Toujours les grands efforts qu'il essaye de faire terminent mal, une personne vient l'envahir.

Or toutes ces circonstances, l'intimidation, la surprise, l'effort prolongé, la fatigue déterminent des épuisements et des dépressions. Ce sont les mêmes circonstances qui chez les autres malades déterminent les sentiments du vide, le sentiment de l'irréel et des crises de psycholepsie. On peut noter aussi que les circonstances qui quelquefois peuvent arrêter le développement de la crise sont du même genre chez les malades qui ont le sentiment du vide et chez James. Le changement de milieu, une sortie, l'audition d'un air de musique, quelquefois une crise de colère ou un grand effort d'attention peuvent rendre de nouveau les choses réelles ou permettre à James « de vaincre et d'expulser les petits démons ». Il s'agit toujours d'une excitation opposée à la dépression.

Si nous passons à un autre point de vue nous retrouvons pendant cette crise d'influence *les mêmes troubles psychologiques* que pendant les autres crises de psycholepsie. J'insiste sur un point : je n'observe chez James pendant sa crise aucune conduite qui mérite vraiment le nom de phénomène automatique ou de phénomène irruptif. Il n'a pas, comme je l'ai dit, d'hal-lucination qui apparaissent subitement et qui détonne parmi les autres faits de conscience, il n'a pas de paroles externes ou internes qui fassent irruption, il ne remarque aucun phénomène irruptif. Les troubles que nous constatons sont des abaissements d'ensemble de l'activité psychologique. Je remarque toujours avec intérêt la disparition de certaines idées en particulier de l'idée de hasard qui appartient à un stade élevé de l'esprit. James qui comprend et qui admet le hasard quand il est en dehors de la crise retombe tout à fait pendant la crise dans l'interprétation intentionnelle et artificielle des peuples primitifs et des petits enfants. « Ce n'est plus le hasard, dit-il, c'est une action mystérieuse de quelqu'un, si vous dites que ce n'est pas l'action d'un homme, c'est l'intervention de Dieu ou du Diable. »

La notion de personnalité, la distinction des personnes s'abaisse, le pauvre garçon ne sent plus nettement si c'est lui qui tire les coins de son faux-col, ou si c'est

sa mère qui les tire, ou s'il les tire sur le cou de sa mère ; il y a des cas où il ne sent plus bien si c'est la femme de chambre qui est entrée en lui ou si c'est lui qui est entré dans la femme de chambre. Le devinement de la pensée, comme disait bien M. Heuyer, peut être réciproque, on devine leurs pensées et ils deviennent celle des autres.

Il est trop facile de remarquer que James n'a plus aucune réflexion : il commence par douter de son idée de vol de la pensée et la présente sous la forme obsédante, parcequ'il est devenu incapable de conclure. Puis il arrive à la croyance immédiate sans aucune réflexion dans le délire. Cette croyance brutale et immédiate joue un rôle dans le sentiment de présence sur lequel je n'insiste pas aujourd'hui. Cette absence de réflexion amène un certain degré de suggestibilité : il imite les malades qu'il a vus, et quand il passe devant l'Institut des aveugles il se croit lui-même aveugle. Quelquefois on peut même se servir de cette obéissance à la suggestion pour arrêter ou pour suspendre des crises.

Non seulement la tension psychologique est abaissée, pour me servir de mon jargon, mais la quantité, la richesse des faits psychologiques qui joue un si grand rôle dans les sentiments est fort réduite. L'esprit est rétréci et ne peut s'intéresser absolument à rien en dehors de l'idée dominante. L'attention est devenue énormément instable, le malade ne vous écoute qu'un instant, il est devenu incapable de rien lire, de suivre aucun raisonnement. Il n'a plus aucun des sentiments qu'il avait précédemment ; il n'aime plus du tout sa mère, qu'il aimait tant auparavant. Il sent « qu'il est devenu du bois comme la chaise qui est entrée en lui... Toutes mes forces sont parties, ils m'ont tellement diminué ».

Sans doute tous ces troubles existaient déjà en partie pendant l'état de calme en dehors des crises, James est un faible, un asthénique comme tous les autres malades qui ont des crises de psycholepsie. Il est toujours un paresseux, un instable qui veut toujours changer, un déclamateur et un menteur comme tous les asthéniques.

Il est inquiet et peureux : « si un arbre tombe en Australie, j'en subirai peut-être le contre-coup ». C'est un rêveur vaniteux qui se repait d'ambitions irréalisables : « Je désire toujours faire des choses extraordinaires, est-ce que je suis un génie merveilleux ? » C'est un sentimental qui rêve l'amour de tout le monde et qui a une peur terrible que les gens ne l'aiment pas. Mais cette faiblesse normale en quelque sorte est énormément aggravée quand « un nuage, comme il le dit, lui tombe sur la tête ».

Toutes ces réflexions sur les conditions de la crise, sur l'état mental pendant la crise, sur l'asthénie fondamentale justifient le rapprochement de cette crise avec les crises de psycholepsie des psychasténiques.

III

Cependant je ne puis m'empêcher d'avoir des scrupules et de me demander si nous ne devons pas conserver davantage des observations de M. de Clérambault sur les sentiments d'emprise. Le groupe des sentiments d'incomplétude que j'ai présenté comme le point de départ de beaucoup de troubles mentaux était certainement un peu vague et mal délimité. Depuis cette époque j'ai éprouvé moi-même le besoin de le subdiviser. Les sentiments du vide ont constitué une classe assez particulière. Dans le 2^e volume de mon ouvrage sur l'angoisse et l'extase, qui, je l'espère, paraîtra prochainement, vous verrez l'importance du groupe des sentiments de pression qui me permet de reprendre à un point de vue un peu particulier une nouvelle étude des obsessions. M. de Clérambault, à propos des sentiments d'emprise, veut faire une nouvelle division dans le groupe des sentiments d'incomplétude.

La distinction des sentiments d'emprise et des sentiments du vide est certainement juste. Remarquons d'abord que ces deux catégories de sentiments ne comportent pas le même pronostic : les sentiments du vide signalent un rétrécissement et un affaiblissement général des fonctions psychologiques qui peut devenir chronique, mais qui peut aussi être passager ou même

périodique. Les sentiments d'emprise font songer presque inévitablement aux délires de persécution ou aux délires mystiques. Bien souvent, hélas, dans ses périodes délirantes, James exprime des idées fort dangereuses ; « sa mère veut qu'il meure et soudoie des espions... Une bande d'hommes ont essayé quand j'étais petit de prendre de l'influence sur moi parce que je ne suis pas né comme les autres ». Le pronostic est tout différent.

Il est rare que les deux séries de sentiments se confondent : nos malades avec sentiment de l'irréel ne parlent pas d'une emprise sur eux et les malades avec sentiment de vol de la pensée ne parlent pas d'irréel : même au point de vue de l'analyse psychologique l'idée de vide n'est pas identique à l'idée de vol. Les malades avec sentiment de vide se plaignent simplement de privation : « Je n'ai plus ma liberté, je n'ai plus ma raison, je n'ai plus de vie ». James répète toujours qu'on lui a pris sa liberté, sa raison, sa vie : « Cette femme de chambre est entrée en moi, elle remplit mon côté gauche, elle pompe mon sang et ma vie, qu'est-ce qu'elle peut en faire ? » Il y a là une affirmation d'action extérieure et d'hostilité tout à fait différente.

Il ne suffit pas de dire que le sentiment d'emprise est simplement le sentiment du vide objectivé. Quand le sentiment du vide s'objective dans des croyances il détermine de tout autres idées. J'ai souvent cité ce jeune avocat que j'avais poussé à aller au Palais faire sa plaidoirie. Il gagna son procès, mais il arriva chez moi désespéré. Depuis qu'il est sorti de la salle d'audience il n'a rencontré que des morts, tous les hommes et tous les animaux n'étaient plus que des cadavres qui marchent. Il supprime à tous les êtres leur activité, il ne leur donne pas une activité hostile, et il n'a lui-même aucune activité à leur égard. James répète que les hommes sont bien réels et bien vivants. mais qu'ils le battent et quelquefois il ajoute que lui-même les bat, c'est tout autre chose.

C'est qu'en effet dans le sentiment d'emprise il n'y a pas l'inaction de l'indifférence, il y a des réactions et même des réactions violentes. James essaye de se

défendre de toutes les manières. Comme les obsédés il a des trucs protecteurs, il crachotte, il respire profondément, il doit se débarrasser de l'idée en respirant d'une manière bizarre, il tourne les yeux, reste les yeux fixés au plafond. Il essaye des efforts de représentation imaginaire : « Je dois transformer les choses lourdes, dures, en choses légères et liquides, en gelée que je puisse avaler... Pour me débarrasser de cette idée, si le bon Dieu me demandait de me mettre tout nu dans la rue, je le ferais ».

Quand la crise avance, les réactions prennent la forme de la colère, il injurie ses envahisseurs, il crache sur « ces gnomes », il les menace : « Ah ! si je rencontrais ces ennemis qui se cachent, il y aurait du sang... même si c'est ma mère je la tuerais » et il lance en réalité des verres contre elle ; c'est pour cela que j'ai été obligé de le mettre à Vanves. C'est aussi à ce moment qu'il combine et qu'il exécute des fugues tout à fait remarquables. Ces réactions font bien partie de la crise d'emprise, car elles cessent quelquefois subitement quand la crise se termine. Il s'est échappé de la maison de santé pendant la nuit, il a fait une expédition romanesque, il a séduit par des promesses un naïf chauffeur de taxi, il s'est caché dans la chambre du chauffeur, il a préparé tout un voyage. Puis, tout d'un coup, il abandonne de lui-même la chambre du chauffeur, il vient chez moi et il me dit d'un ton piteux : « J'ai encore fait une sottise, il faut me ramener. » Ces violences et ces réactions ne font pas partie de l'état de vide.

C'est pourquoi, après ce premier rapprochement avec les crises de psycholepsie et les sentiments du vide, je suis obligé de faire un autre rapprochement : on n'approche de la vérité que par une suite de tâtonnements. Ce qui caractérise l'état de James pendant la crise, c'est une *angoisse* continuelle et il ressemble maintenant aux mélancoliques anxieux. Je ne parle pas de la maladie mélancolique, plus ou moins contestée, je parle du syndrome, du sentiment de l'angoisse mélancolique caractérisée par la peur de l'action et par l'inversion des actes.

Il y a ici une difficulté que je signale brièvement : la peur de l'action qui caractérise la mélancolie s'applique à tous les actes ou à presque tous, c'est ce qui amène la peur de la vie, la fugue de la vie dans le suicide, si caractéristique des états mélancoliques. Or, il n'y a rien de tel chez James, qui n'a jamais songé au suicide et qui désire faire une foule d'actions, manger, sortir, voyager, etc. L'angoisse, la peur de l'action, l'inversion de l'action sont limitées chez lui à une seule catégorie d'actions, les actions sociales. Il a toujours été un déficient de l'action sociale. Son incapacité pour subir aucune discipline, son épuisement rapide dans les conversations, tandis qu'il peut lire seul pendant des heures, son extrême timidité ont été manifestes de très bonne heure. Il fallait le faire sortir rapidement du salon, car il était épuisé par les efforts qu'il devait faire pour s'y tenir correctement. Peu à peu l'angoisse mélancolique s'est substitué aux efforts et aux obsessions que déterminait l'action sociale. C'est cette *peur systématisée à l'action sociale* qui s'objective sous la forme des idées de péjoration appliquée aux hommes environnants, qui les présente sous des formes odieuses et hostiles et qui, associée avec le sentiment du vide précédent, donne naissance au sentiment du vol de la pensée.

Si j'osais, j'emploierais à son propos une expression bien peu classique, je parlerais de *mélancolie systématisée*. Il y avait, il y a quelques années, dans cette même maison de Vanves, une autre malade bien curieuse. Cette femme avait eu dans sa jeunesse, de 19 à 26 ans, une crise de ce qu'on appelait alors l'anorexie mentale : elle refusait désespérément de manger et avait dû être soignée dans un établissement spécial. Depuis l'âge de 26 ans, elle avait été complètement guérie, elle s'était mariée et avait eu des enfants bien portants et intelligents. A l'âge de 50 ans seulement, la même maladie avait recommencé avec une violence extraordinaire ; pour refuser de manger, elle avait fait de sérieuses tentatives de suicide et j'avais dû l'interner. Si vous aviez été la voir, vous auriez eu sur elle une impression et un diagnostic tout différent suivant

l'heure de la journée à laquelle vous arriviez. Le matin avant 10 h. 1/2, l'après-midi de 2 h. à 5 h. 1/2, vous auriez trouvé une vieille dame intelligente et aimable, qui travaillait fort bien au tricot et à la couture, qui écrivait à ses enfants des lettres charmantes, qui vous accueillait avec bonne grâce. Mais si vous arriviez à 11 h. du matin ou à 6 h. de l'après midi, vous auriez trouvé un démon. Elle hurlait, elle se jetait sur les gardes pour les battre, elle se précipitait à vos pieds pour vous supplier de lui accorder une journée de répit sans manger. C'était une vraie crise de mélancolie anxieuse déterminée par les apprêts du repas. Arnaud et moi nous employions à son propos le mot de mélancolie systématisée à l'acte de l'alimentation.

James a toujours été un faible social, incapable d'obéir ou de commander, incapable surtout dans les actes que j'appelle les actes de valorisation sociale : « Je ne sais jamais si je suis le premier ou de dernier », incapable de jouer avec des camarades : « Je ne puis faire des sports que si je suis seul », toujours incapable d'aimer : « Je voudrais tant aimer les gens et je ne peux pas, je ne suis jamais à mon aise avec personne ». La dépression psychologique, quand elle est déterminée par les circonstances épuisantes, porte avant tout sur la tendance la plus faible et la dépression mélancolique s'est systématisée sur les actions sociales.

Le syndrome de M. de Clérambault, qui est surtout un ensemble de sentiments, sentiments du vol de la pensée, de l'écho, du devinement de la pensée, des phénomènes irruptifs, du dédoublement, garde donc une grande importance. Il nous montre que l'affaiblissement général déterminé par des lésions, par des infections de toute espèce remontant quelquefois très loin dans l'enfance, peut prendre une forme spéciale, celle de l'emprise mélancolique systématisée aux conduites sociales. Cette étude restera importante pour l'interprétation du délire de persécution et même pour l'intelligence des sentiments sociaux.

DISCUSSION

M. DIDE. — J'estime qu'il est possible de rattacher à des phénomènes organiques les symptômes que vient de décrire M. Janet. Son malade présente surtout une timidité extrême et une faible aptitude à s'adapter au réel. Comme l'a montré M. Janet, ces deux éléments correspondent à l'abaissement de la tension psychologique. Si l'on croit comme moi que la pensée est une forme de l'énergie, cette faiblesse de la tension correspond à une baisse du potentiel, à une dégradation de l'énergie. Les troubles de la personnalité du malade de M. Janet sont le résultat de troubles de la cénesthésie, par atteinte du sympathique. D'après mes travaux en cours, j'espère pouvoir démontrer que chez tous les individus qui présentent des troubles profonds de la personnalité, il existe des altérations des voies centripètes cénesthésiques.

Il est intéressant de voir qu'une conception neurologique vient se superposer à la conception psychologique de M. Janet.

M. LHERMITTE. — Dans l'exposé de M. Janet, j'ai l'impression que son explication prend un défaut de continuité quand il passe du sentiment d'irréel au sentiment d'emprise. Les malades qui éprouvent le sentiment de l'irréel ont l'impression qu'ils n'existent pas, qu'ils sont morts, mais ceux qui souffrent du sentiment d'emprise se plaignent qu'on leur prend leur pensée, qu'on leur envoie des pensées étrangères. Ce dernier symptôme est différent du premier et difficile à expliquer.

M. JANET. — Chez les malades, dont je parle, il n'y a pas seulement abaissement de la tension psychologique, il y a aussi abaissement de la quantité. C'est ce qui amène un abaissement de la conscience.

Quant aux troubles sympathiques dont parle M. Dide, j'ai l'impression qu'ils sont secondaires. Actuellement on tend à expliquer la genèse et le maintien de la personnalité plus par des facteurs d'ordre social que par des éléments cénesthésiques. De plus, il est difficile de ne pas admettre l'existence de phé-

nomènes supérieurs qui dirigent le sympathique. Cette régulation des sentiments et de la conduite est un phénomène primitif et élémentaire qui dépend précisément de centres inférieurs dont Camus et vous-même avez montré l'importance.

Le sentiment d'emprise, est, comme le fait remarquer M. Lhermitte, quelque chose de plus que le sentiment d'irréel. C'est une réaction de défense, de lutte alors que dans le sentiment d'irréel il y a simplement une réaction de rétrécissement.

M. DIDE. — J'admets parfaitement l'existence de centres régulateurs du psychisme, mais je me demande si cette régulation ne dépend pas de notre vie viscérale qui nous donne la nature de notre existence. Du reste, les travaux de Camus, Lhermitte et de nombreux auteurs tendent à placer ces centres régulateurs au niveau de la terminaison des voies végétatives.

La notion de relations sociales me semble beaucoup moins importante dans la genèse de notre personnalité que l'action des éléments cénesthésiques.

La statistique des aliénés en Suisse

par le Docteur H. BERSOT (Neuchâtel)

Depuis plus de 20 ans déjà le recensement des aliénés qui entrent dans les asiles suisses ou qui en sortent, se pratique régulièrement. Pour chaque admission et chaque départ le médecin-directeur remplit une fiche du modèle suivant :

Masculin

ETABLISSEMENT

N° annuel d'arrivée	ENTREE	N° matricule
Date		

1. Nom et prénom(s) :
2. Né le
3. Lieu d'origine :

4. Lieu de domicile :
5. Dernier lieu de séjour :
6. Célibataire — marié — veuf — divorcé.
7. Nombre d'enfants : légitimes illégitimes
dont vivants décédés morts-nés
8. Protestant — catholique — israélite — autre confession.
9. Profession
10. Hérité (voir au verso).
11. Forme de la maladie :
 - A. *Oligophrénies* : crétinisme ; idiotie ; imbecillité ;
débilité ;
pour les 3 dernières formes, indiquer les causes
pathologiques.
 - B. *Troubles constitutionnels* : psychopathies.
 - C. *Psychoses simples* : groupe des affections maniaques
et dépressives ; groupe des schizophrénies ; paranoïa ;
psychogénies ; formes symptomatiques ; autres for-
mes, lesquelles ?
 - D. *Psychoses organiques* : paralysie générale ; psycho-
ses séniles ; simples, artériosclérotiques, presbyo-
phréniques ; autres psychoses organiques, lesquelles ?
.....
 - E. *Troubles épileptiques* : essentiels ; autres, lesquels ?
.....
 - F. *Intoxications* :
 - a) pures : alcooliques, formes ? autres,
lesquelles ?
 - b) alcooliques compliquant les autres psychoses.
(Indiquer leurs formes et les affections qu'elles
accompagnent.)
 - G. *Pas de maladie mentale* : sain ; névropathe ; non
aliéné au point de vue légal, mais ?
12. Première entrée dans notre établissement ou laquelle ?
.....
Le patient a-t-il déjà été dans un autre établissement
suisse ou étranger ? où ?
Arrive-t-il directement d'un tel établissement ?
D'où ?

Le verso de cette fiche porte les indications relatives à l'Hérité.

10. Héritéité

HÉRÉDITÉ	Père	Mère	Grand-père paternel	Grand-mère paternelle	Oncle et tante paternels	Grand-père maternel	Grand-mère maternelle	Oncle et tante maternels	Frère	Sœur	Fils	Fille
Psychose..												
Maladie du cerveau ou de la moëlle épinière..												
Névrose...												
Caractère anormal..												
Alcoolisme												
Suicide....												
Crime.....												

Consanguinité des parents ? Degré :

Naissance illégitime ?

Une deuxième fiche est établie à la sortie :

Masculin

ETABLISSEMENT

N° annuel de sortie

SORTIE

N° matricule

Date

1. Nom et prénom(s) :

2. Né le

3. Date d'entrée :

Date de la sortie à l'essai :

4. Durée de la maladie avant l'admission :

5. Forme de la maladie :

A. *Oligophrénies* : crétinisme ; idiotie ; imbecillité ; débilité ;
pour les 3 dernières formes, indiquer les causes pathologiques.

B. *Troubles constitutionnels* : psychopathies.

C. *Psychoses simples* : groupe des affections maniaques et dépressives ; groupe des schizophrénies ; paranoïa ; psychogénies ; formes symptomatiques ; autres formes, lesquelles ?

D. *Psychoses organiques* : paralysie générale ; psychoses séniles : simples, artériosclérotiques, presbyophréniques ; autres psychoses organiques, lesquelles ?

E. *Troubles épileptiques* : essentiels ; autres, lesquels ?

F. *Intoxications* :

a) pures : alcooliques, formes ? autres, lesquelles ?

b) alcooliques compliquant les autres psychoses. (Indiquer leurs formes et les affections qu'elles accompagnent.)

G. *Pas de maladie mentale* : sain ; névropathe ; non aliéné au point de vue légal, mais ?

6. Sorti : guéri, au point de vue médical ; guéri au point de vue social ; amélioré ; non amélioré.

a) dans sa famille ou sans destination imposée ;

b) en placement familial : à titre privé ? ou placé par l'Etat ?

c) dans un établissement suisse d'aliénés, hôpital, asile de pauvres, prison, où ?

d) dans un établissement étranger, etc.

7. Décédé. Cause du décès : Autopsie : oui ? non ? résultat :

8. Durée du séjour — inscrite — dans notre établissement jusqu'au moment de la radiation :

9. Durée effective du séjour (non compris la sortie à l'essai) :

Jusqu'il y a 20 ans seuls les asiles cantonaux remplissaient ces cartes. Actuellement la statistique s'étend aussi aux maisons de santé privées, aux asiles de buveurs et d'épileptiques.

Au début de chaque année, toutes les fiches de l'année précédente sont envoyées à l'Office fédéral de statistique à Berne qui en effectue le dépouillement.

Les données ainsi collationnées sont publiées par l'Office fédéral de statistique et mises à la disposition des psychiatres.

La rubrique « Forme de la maladie » exige les explications suivantes formulées par le Professeur Bleuler :

A. OLIGOPHRÉNIE : *Le crétinisme* a été séparé des autres groupes en suite de son importance statistique particulière. Les trois autres formes sont rangées d'après l'intensité de la diminution de l'intelligence.

Idiots : ceux qui sont tout à fait incapables d'acquérir des connaissances scolaires et qui sont complètement incapables de rien faire.

Imbéciles : ceux qui peuvent partiellement acquérir quelques connaissances scolaires, peuvent encore se mouvoir dans la société et avoir une petite activité utile.

Débiles : ceux qui échouent dans les épreuves d'intelligence moyenne, qui peuvent se comporter convenablement dans des conditions sociales simples et vivre relativement indépendants.

Autant que possible il faut encore dans ces trois dernières formes, indiquer les causes pathologiques telles que : traumatisme à la naissance, porencéphalie, dégénérescence adiposo-génitale, etc.

B. TROUBLES CONSTITUTIONNELS : Ce sont ceux qui reposent sur la constitution psychique elle-même sans appartenir à une des autres catégories, qui ne sont donc pas acquis comme ceux des groupes suivants et qui n'atteignent pas la sphère intellectuelle comme les oligophrénies.

Psychopathie est à peu près synonyme de : « per-

sonnes anormales dont l'état ne peut pas encore être bien classé, personnes qui au point de vue mental sont peu claires, confuses et qu'on n'a cependant pas de raison de classer dans la catégorie des oligophrènes ; puis en particulier les thymopathes, les personnes trop labiles, instables, les défauts moraux, les états constitutionnels d'excitation pour autant qu'ils ne dépassent pas le degré d'une cyclothymie névrotique et n'atteignant pas celui d'une psychose maniaque-dépressive.

A cette catégorie appartiennent aussi les hystéries graves atteignant la constitution elle-même, les schizoïdes (cas assez peu fréquent), c'est-à-dire ceux qui peuvent être considérés comme vraiment malades, mais ne sont pas atteints d'un processus schizophrène proprement dit, ne font pas un accès psychogène et qui sans cela, devraient être classés sous la rubrique C.

C. PSYCHOGÉNIES: Sous ce terme se rangent les poussées d'excitation, de dépression, les états délirants consécutifs à des chocs affectifs et qui sont habituellement passagers. A cette catégorie appartiennent aussi les psychoses hystériques chez lesquelles l'*accès aigu* et non pas la *constitution* représente l'essentiel, si bien que dans de bonnes conditions on peut en attendre une bonne guérison sociale.

La *paranoïa* qui maintenant est admise la plupart du temps comme une psychogénie doit être mentionnée à part pour des raisons pratiques ; il serait à souhaiter dans l'intérêt de l'unité qu'elle soit comprise dans le sens strict de Kræpelin peut-être toutefois en y ajoutant les quérulents qui n'appartiennent pas à une autre catégorie, soit donc les quérulents sans abêtissement et sans rapport avec des états maniaques ou schizophrènes.

Une partie des accès maniaques dépressifs est également aussi souvent teintée de psychogénie, mais doit être classée avec les autres formes maniaques dépressives. D'une part, chez le même malade chacun des accès peut être teinté diversement, d'autre part ou

ne connaît pas toujours exactement les conditions dans lesquelles l'accès se produit, car souvent des causes endogènes et exogènes agissent toutes à la fois.

Des poussées d'excitation schizophrénique psychogènes sont de même rangées sous la rubrique schizophrénie, mais ce n'est naturellement pas le cas pour les poussées d'excitation qui se produisent chez de simples schizoïdes à l'anomalie desquels on ne peut pas donner le qualificatif de psychose.

Psychoses symptomatiques sont les manifestations qui accompagnent des maladies corporelles : délire dans le cas de fièvre (mais pas le *delirium tremens* qui est attribuable à une intoxication alcoolique et qui est le même, qu'il soit provoqué par de la fièvre ou un accident ou un emprisonnement), dyscrasies, dyshormonies, etc.

A cette rubrique appartient aussi la pure « *amentia* » si elle existe. Si elle est diagnostiquée elle doit être mentionnée, mais toujours avec la maladie corporelle qui l'accompagne.

D. AUTRES PSYCHOSES ORGANIQUES : Ici sont à mentionner les psychoses encéphalitiques, les scléroses cérébrales, les traumatismes cérébraux (pour autant qu'ils n'ont pas pour origine une épilepsie ou une psychogénie).

E. TROUBLES ÉPILEPTIQUES : Ici vient aussi se ranger l'épilepsie traumatique comme elle se produit parfois par exemple après l'encéphalite infantile, l'épilepsie alcoolique en suite d'intoxication, etc.

F. INTOXICATION : Par « *Formes* » il est demandé d'expliquer la forme de l'intoxication ; *delirium tremens*, Korsakow, alcoolisme chronique, dipsomanie.

Sous *b*) sont à mentionner les formes alcooliques qui accompagnent une autre psychose, qu'elles apparaissent indépendamment d'elle, donc qu'elles soient déjà présentes lorsqu'apparaît la psychose principale, ou qu'elles soient simplement un symptôme accompagnant cette psychose principale comme par exemple l'alcoolisme dans la schizophrénie ou dans l'arté-

rio-sclérose. Il serait utile, pour éclaircir les relations causales entre l'alcoolisme et les formes non alcooliques comme la paralysie générale et l'artério-sclérose, que cette statistique soit faite selon le modèle de l'Amérique.

En outre, il est intéressant de voir combien par exemple de personnes atteintes d'oligophrénie ou de schizophrénie doivent entrer à l'asile, non pas à cause de leur maladie fondamentale, mais à cause de l'alcoolisme qui l'accompagne.

Ces formes *b)* ne doivent toutefois pas être comptées dans le total général sous la rubrique « alcoolisme », mais sous la rubrique de la maladie fondamentale où elles doivent également figurer en première ligne.

C'est pour cela que la rubrique *b)* est mise entre parenthèses et que ses chiffres ne doivent pas être compris dans le total général.

SORTIES

« *Guéris médicalement :* » Ce sera par exemple le cas de la plupart des psychogénies. Les cas de folie maniaque-dépressive, les mélancolies d'involution seront aussi notés ici pour autant que leur état ne présente pas de perturbations durables.

Un *delirium tremens* qui a terminé sa période aiguë sera noté comme guéri au point de vue social si l'alcoolisme n'a pas également été traité et guéri.

Au reste « *guéri au point de vue social* » équivaut à une amélioration suffisante pour permettre au malade de gagner sa vie et de se tenir tranquillement dans sa famille ou en société.

Une bonne partie des schizophrènes qui ne présentent pas d'excitation ni trop d'étrangetés et dont la famille dit qu'ils sont guéris pourront être rangés dans cette catégorie, mais la plupart en général quitteront l'asile « *améliorés* ».

Je vous présente les tableaux donnant quelques-uns des résultats fournis par la statistique de 1926.

Le tableau des entrées permet de constater que sur 4.640 malades admis il en est environ 1.313 soit *plus du quart* qui ont déjà été précédemment soignés dans le même asile ou dans un autre.

Les entrées qui se renouvellent le plus fréquemment sont celles des femmes, ce qui s'explique facilement puisque la psychose maniaque-dépressive est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Quant à la forme de la maladie, on constate que sur les 2.553 malades admis pour la première fois à l'asile, les psychoses simples sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles comprennent 1.222 cas soit près de la moitié de tous les cas ; elles sont plus fréquentes chez les femmes. Alors que 456 hommes atteints de psychoses simples étaient admis à l'asile, il fut admis 766 femmes. Toutes les autres formes de maladies sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, surtout l'alcoolisme.

Les entrées les plus fréquentes sont celles des personnes âgées de 35 à 45 ans. Les oligophrènes entrent surtout vers 20 à 25 ans. Les psychopathes vers 25 à 30 ans, les cycliques vers 45 à 55 ans, les schizophrènes entre 25 et 35 ans, les épileptiques entre 15 et 40 ans, les alcooliques entre 40 et 50 ans, etc.

Le tableau des sorties comprend : 3.672 cas, non compris les décès.

316 malades sont sortis guéris au point de vue médical, 336 guéris au point de vue social, 2.003 améliorés, 1.017 stationnaires, ce qui revient à dire à peu près que *sur 36 malades qui sortent, 6 sont socialement ou médicalement guéris, 20 améliorés, 10 stationnaires.*

Les $\frac{2}{3}$ des malades soit 2.438 sont rentrés dans leur famille, d'autres, soit 278 ont été placés dans des familles sous la surveillance des médecins de l'asile.

Ce sont surtout les maniaques et les alcooliques qui sortent médicalement guéris. Parmi ceux qui sortent

guéris au point de vue social, il y a déjà un certain nombre de cas de psychose, mais ces derniers sortent surtout améliorés, rentrent la plupart à la maison.

Voici un tableau où sont groupés les 757 *cas de décès avec leurs causes* ainsi que plusieurs autres concernant *l'hérédité* des divers groupes de malades.

En terminant, je me permets d'insister sur l'importance de ces statistiques et l'utilité incontestable qu'elles auraient si on pouvait les étendre à d'autres asiles que ceux de Suisse.

Syndrome d'agitation et d'insomnie continues, diabète maigre et contracture bilatérale des membres inférieurs. Lésions destructives de la région tubérienne.

par M. Maurice DIDE

Un syndrome constitué par l'association 1° d'excitation motrice désordonnée avec insomnie résistant aux hypnotiques les plus puissants. 2° de polyurie, polydipsie polyphagie sans glycosurie ; 3° de contracture des membres inférieurs survenant progressivement comme une rétraction tendineuse des fléchisseurs, sans signes pyramidaux et aboutissant au recroquevillement complet des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le tronc, ce syndrome complexe peut-il être relié par des notions anatomo-physiologiques valables et prendre rang en pathologie neuro-psychiatrique ? Nous pensons pouvoir l'établir ou tout au moins réunir les arguments qui plaident en faveur de notre conception.

Tout d'abord aucun cadre nosographique connu ne paraît correspondre exactement à ce tableau.

Si l'on se place à un point de vue purement psychiatrique, il va sans dire que la manie aiguë, avec son allure cyclique ni la démence précoce dont les signes moteurs sont le négativisme ou la catalépsie

ne peuvent servir à qualifier les malades que nous décrivons : certes on sait que Cullère a consacré plusieurs travaux intéressants à la description des rétractions tendineuses dans la D. P. Mais l'examen de ces cas précis et le rappel de nos propres souvenirs concernant des cas analogues non publiés nous amènent à la nécessité de dissocier le trop disparate syndrome de la D. P.

Trouverons-nous plutôt des indications valables dans la clinique neurologique ? Certes nous connaissons depuis Camus-Roussy et Lhermitte un syndrome du tuber cinereum caractérisé par des troubles profonds du métabolisme ; mais l'association de désordres diamatiques de l'activité et de contractures distales mérite d'être discutée : s'agit-il de coïncidences ou de phénomènes affectant une origine analogue.

Les expériences de Tournay nous ont appris qu'il suffit d'injecter un liquide isotonique dans la région tubérienne pour provoquer le sommeil, mais on peut supposer que si à cette action discrète on substituait la destruction d'une région hypnogène, on pourrait observer de l'agitation avec insomnie. Cette hypothèse n'est pas purement gratuite et nous espérons la confirmer par une constatation d'autopsie.

Quant au phénomène que nous dénommons contraction malgré l'inexactitude d'une qualification pouvant faire songer à une destruction motrice, nous pensons qu'il se rattache à des accidents de la voie extrapyramidale dont il a été beaucoup question récemment. Nous ne signalons le fait qu'en passant, car il mériterait à lui seul une étude complète. En tous cas des conversations avec notre ami Lhermitte nous confirment dans l'idée qu'une lésion interpedonculaire peut rendre compte de ce phénomène très spécial.

J'ai pu réunir jusqu'à présent trois observations de ce syndrome plus ou moins complet. Dans l'une d'elles le malade est encore vivant, dans les deux autres l'autopsie a été pratiquée. Parmi celles-ci nous n'avons découvert que des lésions histologiques (qui seront décrites ailleurs) dans un cas ; dans l'autre il nous a été donné de rencontrer une lésion (probable-

ment une gomme) ayant détruit la région tubérienne les tubercules mamillaires et la pituitaire. Macroscopiquement les régions pédonculaires étaient saines de même que les ganglions cérébraux et le cortex. D'autres recherches seront nécessaires pour établir les propagations lésionnelles et les dégénérationes secondaires. L'existence d'une lésion aussi limitée et qui nous semble explicative de tous les éléments du syndrome nous a paru digne d'être signalée.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Cette observation confirme le fait que dans les lésions sous-optiques et tubériennes sont souvent atteints les centres qui président à la régulation de l'activité et de l'affectivité.

Dans beaucoup d'observations on constate la coexistence de lésions au voisinage du troisième ventricule avec des troubles dans la régulation du sommeil (narcolepsie ou insomnie rebelle, et des phases d'agitation.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires,
BUSSARD, GUIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 23 avril 1928

Président : M. DE CLÉRAMBAULT

Délire d'explication, par MM. Paul COURBON et RONDEPIERRE.
— Présentation d'une malade qui, sans rien avoir de la mentalité paranoïaque, a fait à l'occasion de la ménopause, entre autres troubles mentaux, un délire de persécution, basé sur des faits réels : attribution des malaises physiologiques à un empoisonnement, attribution du motif de son internement au désir de sa nièce de lui cacher une grossesse hypothétique. Des cas comme celui-ci prouvent que deux processus mentaux différents peuvent conduire au délire le raisonnement appliqué à des faits réels : a) l'*interprétation paranoïaque*, processus pathologique, expression de l'égoïsme du sujet ; b) l'*explication précipitée*, processus non pathologique, expression d'une habitude très fréquente chez les gens normaux et qui consiste à donner une explication aux phénomènes avant de les avoir complètement observés. Le délire par explication est d'un pronostic moins sombre que le délire par interprétation.

Traitement de la paralysie générale par le Dmelcos. — Épanchement pleural intercurrent. Rémission, par M. TRÉNEL. — Femme de 45 ans. Syphilis datant de 1908 activement traitée (huile grise, puis arsénicaux) mais avec de longues interruptions. Début de la P. G. remontant vraisemblablement à 1919. Etat dépressif actuel. Traitement par le Dmelcos + tryparsamide. A la septième injection constatation d'un épanchement pleural peu abondant, rapidement résorbé, après évacuation de 100 grammes de liquide un peu louche à mononucléaires. Rémission notable.

Rémission d'une paralytique générale traitée par le Stovarsol, par MM. TRÉNEL et MASQUIN. — Paralysie générale de

début probablement assez récent à forme expansive avec apparence d'affaiblissement intellectuel déjà profond. Traitement par le Stovarsol : série de 18 gr. 50 ; 2^e série de 10 gr. 50 ; amélioration considérable à la fin du premier traitement en août 1927. Sauf la persistance des signes physiques et les réactions humorales (lymphocytose réduite à 2,6) positives, le diagnostic clinique révèle à peine une très légère diminution intellectuelle.

Délire absurde de grandeur sans affaiblissement intellectuel, par MM. LEROY et MEDAKOVITCH. — Malade de 54 ans, interné pour la 4^e fois, offrant depuis 11 ans un délire mégalomaniacque absurde. Le sujet se dit fils de Napoléon III, maître de la France et riche à milliards. Il a créé également un système de métempsychose. En dehors de ce délire extravagant, il n'existe, à proprement parler, aucun affaiblissement intellectuel. La psychose a débuté en 1911 par un état mélancolique avec idées de culpabilité et de persécution. Le sujet devient persécuté en 1914 avec de nombreuses interprétations et enfin nettement mégalomaniacque en 1917. Pas d'hallucinations.

Le mode d'apparition du délire s'est établi par intuition et surtout par un dévergondage de l'imagination créée à la faveur de l'activité subconsciente. Un délire rétrospectif est encore venu compléter les idées délirantes aujourd'hui projetées dans le passé par le même mécanisme imaginatif. Ce roman délirant a-t-il éclaté chez un paranoïaque, les auteurs ne peuvent l'affirmer. Il semble intermédiaire entre les délires systématisés chroniques et les délires fantastiques de certains déments paranoïdes.

Réveil d'une chorée de Sydenham au cours d'une psychose atypique, apparence actuelle de maniérisme, par M. HAIG Y AZMAJIAN. — Femme de 21 ans, d'aspect infantile, crise délirante subite polymorphe : illusions de la vue, hallucinations élémentaires de l'ouïe, alternatives d'agitation et de mutisme. Confusion dans les idées variables, idéorrhée, sentiment de dépersonnalisation, verbiage, propos incohérents ; fièvre passagère. A son entrée, mouvements choréiques intenses, prédominant au bras droit, qui s'atténuent en une quinzaine de jours pour ne laisser que de légers mouvements qu'un observateur non prévenu prendrait certainement pour du maniérisme symptomatique d'une démence précoce. Or, l'anamnèse fait connaître qu'elle a eu

une chorée de Sydenham dans l'enfance. Il est intéressant de noter un réveil d'une chorée à l'occasion d'une psychose aiguë. D'après les renseignements, la malade présenterait des crises convulsives.

Réactions humorales négatives, en particulier pas de glycorachie.

Paralysie générale et méningite pneumococcique terminale, par MM. PACTET et L. MARCHAND. — Tabo-paralysie consécutive à une syphilis datant de 17 ans non traitée à son début. Après une période grabataire de plusieurs mois, mort par pneumonie. A l'autopsie, épaississement couenneux des méninges tel qu'on est tenté de supposer une méningite gommeuse. Mais à l'examen microscopique, la méninge se montre infiltrée de polynucléaires et contient de nombreux pneumocoques, lesquels se rencontrent aussi dans les infiltrats périvasculaires du cortex, mais non dans le parenchyme.

Variations des réactions humorales au cours d'un zona chez une paralytique générale, par M. TRÉNEL. — Un zona apparaît chez une paralytique générale six semaines après son entrée. A l'entrée : R. de Hecht positive. Lymphocytes = 41,4. Albumine = 1 gramme. Pandy ++. Guillain = 22222000. Au 6^e jour du zona : Lymphocytose = 13,3. Albumine = 0,60. Pandy ++ ; à noter surtout le Guillain 0022100000000000, formule qui diffère de celle de la P. G. classique et se rapproche de celle de la syphilis cérébro-spinale.

Un nouveau cas de paralysie conjugale, par MM. A. MARIE et H. Ex. — Il s'agit d'une malade présentant une méningo-encéphalite typique et dont le mari est mort paralytique en 1918.

L. MARCHAND.

Société belge de médecine mentale

Séance du 28 avril 1928

Présidence du D^r VERVAECK (Bruxelles)

M. RUBBENS (Lede), Un cas de palilalie. — Il s'agit d'une femme de 75 ans, atteinte depuis longtemps de mélancolie avec idées de suicide et obsessions sexuelles. Les dernières années, développement progressif de parkinsonisme du type sénile. La palilalie semble remonter à une quarantaine d'années, donc bien avant le début de la maladie de Parkinson. Ce sont du reste surtout les phrases exprimant le délire ou les obsessions qui sont répétées. Ni aphasie, ni dysarthrie. La parkinson sénile semble avoir aggravé la palilalie, mais pourtant cette dernière préexistait à l'affection neurologique et semble due, dans ce cas, au trouble psychique.

DE GREEF (Louvain), a constaté un cas de palilalie transitoire après intoxication par gaz d'éclairage.

A. LEY (Bruxelles), considère aussi le facteur toxique comme fréquent dans la palilalie. Il signale, également, un cas de palilalie après intoxication par le gaz.

OLIVIERS (Kerkheim), Troubles mentaux chez l'adulte dans l'encéphalite épidémique. — L'auteur constate la fréquence grandissante des troubles mentaux dans les cas chroniques d'encéphalite. Il estime que dans 75 0/0 des cas, des troubles mentaux se produisent à la suite d'E. E., soit au début, soit le plus souvent tardivement. Ces troubles se présentent pourtant de préférence chez des sujets anormaux ou névropathes.

Les symptômes mentaux sont le plus souvent accompagnés de symptômes neurologiques, parfois très légers, il est vrai. Il n'y a pourtant aucune concordance entre les troubles mentaux et neurologiques, surtout au point de vue de leur intensité respective.

Comme syndromes mentaux on rencontre le plus souvent de la dépression, de l'excitation maniaque, de l'hébéphrénocatatonie. Mais ce qui domine de loin ce sont les perversions sexuelles à type impulsif. Elles sont tellement fréquentes et violentes que l'auteur croit qu'il faudrait créer pour ces malades des asiles ou tout au moins des sections

d'asile spéciales. En tous cas, en présence de tout délit sexuel, perpétré dans des conditions un peu singulières, il est bon de songer à l'encéphalite et de diriger son investigation dans ce sens.

Suit une longue discussion à laquelle prennent part MM. Glorieux, Duchateau, Vervaeck, Alexander, Vermeylen, De Craene.

Séance du 26 mai 1928

Présidence du D^r L. VERVAECK (Bruxelles)

La séance a lieu au Dispensaire d'Hygiène mentale de Bruxelles, organisé dans les locaux du Centre de Santé de la Croix-Rouge.

M. Dromsart, Directeur général de la Croix-Rouge, expose le but du Centre de Santé et montre les avantages de la réunion en un même local des différents dispensaires d'hygiène sociale. Après la séance eut lieu la visite des locaux du Centre de santé.

A l'ouverture de la séance le président annonce que le projet des causes d'exemption du service militaire pour maladies mentales et nerveuses élaboré par la société, a été intégralement accepté par la commission d'études et figurera sans changement dans le projet de loi.

Prof. A. LEY (Bruxelles), La ligue d'Hygiène mentale et l'organisation de sa propagande. — La Ligue belge d'Hygiène mentale a été fondée en 1922. Elle possède actuellement de nombreuses sous-sections en province et a organisé dans les principales villes du pays des dispensaires d'Hygiène mentale. Ces dispensaires sont de précieux organismes de propagande. Ils permettent de résoudre différents problèmes sociaux de la psychiatrie, restés jusqu'à présent insolubles : tels le patronage des malades mentaux sortis de l'asile et des délinquants anormaux sortant des annexes psychiatriques des prisons. Son action est aussi vaste que celle de l'Hygiène mentale elle-même et touche à la pédagogie, à l'enseignement professionnel, au patronage des anormaux, etc.

M. ALEXANDER (Bruxelles), Le rôle du dispensaire d'H.-M. dans le traitement des adultes. — Le dispensaire peut d'abord être une aide pour les familles. Elles y trouvent des conseils

pour les mesures à prendre et y sont guidées dans l'exécution de ces mesures et dans les démarches et les interventions nécessitées par l'état du malade. Il permet, d'autre part, de donner des garanties au médecin traitant ou au médecin de l'asile, lors de la libération du malade. Le dispensaire peut, en effet, réaliser très efficacement le patronage et permettre ainsi une sortie plus rapide et ayant plus de chances de réussite. Il est également précieux pour le malade lui-même et quelques-uns le reconnaissent et font même de la propagande pour le dispensaire auprès de psychopathes qu'ils rencontrent.

M. VERMEYLEN (Bruxelles), *Le rôle du dispensaire d'H.-M. dans le traitement des enfants.* — L'assistance aux enfants anormaux est réalisée dans une section spéciale du dispensaire depuis 1926. Elle pose des problèmes à la fois médicaux et sociaux. On peut considérer à ce point de vue trois périodes :

1° Une période préscolaire, phase d'adaptation physique où l'on a l'occasion d'intervenir très activement au point de vue prophylactique. On y constate un minimum de symptômes mentaux (sauf chez les anormaux profonds), et un maximum de signes physiques.

2° Une période scolaire, phase d'adaptation psychique et intellectuelle. A cette période les causes des troubles constatés sont la plupart du temps devenus intangibles et il faut se contenter de mesures palliatives.

3° Une période postscolaire ou d'adaptation sociale qui pose surtout des problèmes sociaux tels que celui de la délinquance.

Suit un exposé des diverses méthodes d'examen physique, mental, pédagogique et caractériologique employés.

Une des grandes supériorités du système, c'est que bien souvent les enfants peuvent rester dans le milieu familial, d'où avantages moraux et matériels, alors que sans l'aide du dispensaire, l'hospitalisation s'imposerait.

M. DE CRAENE (Bruxelles), *Le rôle du dispensaire d'H.-M. dans le traitement des délinquants.* — Le dispensaire peut surtout intervenir dans deux cas : 1° auprès des délinquants anormaux remis en liberté après expertise dans le cas de délits peu importants ; 2° auprès des délinquants anormaux ayant obtenu leur libération. C'est à l'initiative du Procureur du Roi de Bruxelles, M. L. Cornil, qu'on doit

le fonctionnement de cet organisme si utile à la fois au malade et à la société. La première visite au dispensaire est forcée et se fait sur l'injonction du Procureur du Roi qui est prévenu au cas où le malade ne se présente pas. Mais, même chez ceux qui se sont présentés avec le plus de méfiance, les préventions tombent vite lorsqu'ils constatent qu'ils ne se trouvent pas dans un milieu judiciaire et lorsqu'ils ont profité des menus avantages que peut leur procurer le dispensaire.

Séance du 30 juin 1928

Présidence du D^r L. VERVAECK (Bruxelles)

La séance se tient à l'asile de Dave et est précédée d'une visite de l'établissement tenu par les Frères de la Charité.

M. FOQUET (Dave), Symptômes schizophréniques et paralysie générale. — Cas très intéressant par le manque de parallélisme entre l'étiologie et la symptomatologie. Il s'agit d'un jeune homme dont le grand-père est mort paraplégique et la mère a présenté des signes neurologiques de syphilis. Lui-même a développé un syndrome schizophrénique très net. Etant donné les antécédents héréditaires, les réactions humérales ont été examinées et ont confirmé le diagnostic de P. G. juvénile.

Prennent part à la discussion, MM. Divry, Vervaeck, Kamerlynk, Sano, Alexander, Ley, Dardenne et De Greef.

MM. DARDENNE et HAUTERIVE (Dave), A propos du traitement de l'épilepsie. — La plupart des épileptiques de l'asile ont été soignés par les méthodes classiques. Les auteurs donnent pourtant la préférence au tartrate borico-sodique pur qui diminue le nombre de crises, atténue leur gravité et a, de plus, un bon effet sur le caractère des malades en dehors des attaques.

Suit une discussion sur les divers modes de traitement de l'épilepsie.

MM. D'HOLLANDER, DE GREEF et ROUVROY (Louvain), Le test de Aldrich et Mac Clure chez les malades mentaux. — Les auteurs ont employé la méthode suivante : injection dans le derme de deux dixièmes de centimètre cube d'eau salée. Ils notent le temps de réaction. Ce temps varie d'après

différents facteurs et particulièrement d'après l'état de la circulation périphérique et l'état général mécanique de la circulation. Les moyennes d'après un certain nombre de malades permettent de constater des différences entre les divers syndromes mentaux. Cependant, il ne peut s'agir que de moyennes qui n'ont que peu de valeur dans les cas individuels.

M. DIVRY (Liège), signale dans le même ordre d'idées l'intérêt des recherches capillaroscopiques.

G. VERMEYLEN.

Société de médecine légale

Sur la délivrance par les pharmaciens de l'élixir parégorique, par MM. BALTHAZARD et TIFFENEAU. — M. Heuyer a attiré l'attention de la Société de médecine légale(1) sur les inconvénients de la délivrance d'élixir parégorique par les pharmaciens sans ordonnance. Il demande l'inscription de ce médicament au tableau A, la dose que les pharmaciens seraient autorisés à délivrer sans ordonnance ne dépassant pas 30 grammes, dose maxima que la posologie fixe pour l'adulte.

Vous nous avez chargés de présenter un rapport sur cette question.

Or, la vente de l'élixir parégorique est parfaitement réglementée par le titre II du décret du 14 septembre 1916, qui vise tous les médicaments renfermant de l'opium ou de la morphine, à l'exception du laudanum de Rousseau, du laudanum de Sydenham et de la teinture d'opium, qui trouvent place dans le tableau A.

L'article 38 prévoit l'interdiction du renouvellement des ordonnances comportant des médicaments renfermant opium ou morphine et précise la dérogation suivante :

« Par dérogation à cette dernière disposition peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations, destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 12 centigrammes d'extrait d'opium, ni plus de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine, de diacétylmorphine ou de cocaïne. »

On ne peut donc renouveler une ordonnance d'élixir

(1) Société de médecine légale, séance du 16 avril 1928.

parégorique, à dose renfermant plus de 3 centigrammes de morphine ; *a fortiori* est-il interdit de délivrer semblable dose sans ordonnance.

Or l'élixir parégorique renferme pour 10 grammes, 5 milligrammes de morphine, soit pour 50 grammes, 2,5 centigrammes de morphine (1). 60 grammes de cet élixir contenant 3 centigrammes de morphine constituent la dose maxima que le pharmacien ait le droit de fournir par renouvellement quand une ordonnance lui est présentée.

Nous n'entendons pas dire par là qu'une tolérance permette au pharmacien de délivrer l'élixir parégorique sans ordonnance lorsque la dose demandée est inférieure à 60 grammes ; au moins s'il délivre une petite quantité d'élixir parégorique, ce que l'urgence peut justifier, le fait-il sous sa responsabilité, pour des clients lui inspirant confiance et s'adressant à lui exceptionnellement pour se procurer l'élixir. De toutes façons sa responsabilité reste engagée et nous ne saurions trop répéter que la loi du 21 germinal an XI est toujours en vigueur, qui interdit la délivrance de tout médicament sans ordonnance. Pour l'élixir parégorique, cette loi est renforcée par l'article 31 du décret du 14 septembre 1916, visant les préparations qui contiennent des stupéfiants :

Art. 31. — Il est également interdit à quiconque n'a pas fait cette déclaration (2) d'acheter ou de se faire délivrer ces substances autrement que par la prescription d'un médecin, d'un vétérinaire, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme diplômée.

Conclusions. — Le décret du 14 septembre 1916 interdisant le renouvellement des ordonnances prescrivant l'élixir parégorique à une dose supérieure à 60 grammes (3 centigrammes de morphine), il est bien évident que les pharmaciens sont blâmables lorsqu'ils délivrent l'élixir parégorique sans ordonnance à une dose supérieure à 60 grammes. Il leur est d'ailleurs interdit de délivrer cet élixir à une dose quelconque sans ordonnance et en négligeant

(1) C'est par erreur d'impression que M. Heuyer indique pour 50 grammes d'élixir, 12 cgr. 5 morphine ; il faut lire 2 cgr. 5. Il est difficile d'admettre qu'un individu puisse absorber 1 litre d'élixir dans la journée, soit 985 grammes d'alcool à 60 degrés, soit 591 grammes d'alcool absolu (dose presque sûrement mortelle).

(2) On vise ici les personnes qui désirent faire sous contrôle légal le commerce des stupéfiants en gros.

cette prescription légale, ils engagent toujours leur responsabilité.

La législation actuelle est donc suffisante, à condition qu'elle soit observée ; le classement de l'élixir parégorique dont le tableau A atténuerait plutôt la rigueur des dispositions actuelles, puisqu'en fait la délivrance de l'élixir parégorique et le renouvellement des ordonnances qui le prescrivent sont régis par le titre II, qui vise les substances du tableau B.

A propos de la délivrance des composés barbituriques. — Rapport de MM. BALTHAZARD et TIFFENEAU. — La Société de Médecine légale est saisie d'un vœu de la Société de Thérapeutique visant la délivrance des dérivés barbituriques par les pharmaciens. La Société de Thérapeutique, considérant le grand nombre de suicides exécutés avec les dérivés barbituriques et aussi les accidents causés par l'emploi inconsideré de ces produits, a émis le vœu que les composés barbituriques soient inscrits dans le tableau A, relatif aux substances vénéneuses, que les pharmaciens doivent enfermer dans un placard spécial et qu'ils ne peuvent délivrer que sur ordonnances spéciales.

L'Académie de médecine s'est déjà prononcée à ce sujet et elle a émis le vœu que les dérivés de la manolyturée soient simplement inscrits dans le tableau C.

Rappelons tout d'abord que c'est à la suite d'une interprétation inexacte que l'on a pensé pouvoir délivrer sans ordonnance les substances du tableau C. La loi de germinal an XI n'a pas été supprimée par un simple décret, comme celui de septembre 1916 ; elle est toujours en vigueur et non seulement les substances du tableau C, mais toutes les substances médicamenteuses, ne peuvent être délivrées par les pharmaciens qu'autant qu'elles sont prescrites par des médecins. Une tolérance s'est établie pour certains composés peu dangereux, que les pharmaciens remettent à tout venant, en engageant toutefois leur responsabilité au cas où ces substances causeraient des accidents.

Placer les dérivés barbituriques dans le tableau C, c'est malgré tout attirer l'attention des pharmaciens sur la toxicité de ces substances. Les inscrire dans le tableau A serait excessif et aboutirait à encombrer le placard aux médicaments très vénéneux, ce qui occasionnerait sûrement des erreurs, les médicaments de toxicité faible, comme le véronal, toxique à la dose de plusieurs grammes,

se trouvant à côté d'alcaloïdes de toxicité élevée, comme la strychnine, qui tue à la dose de quelques centigrammes.

Nous proposons donc à la Société de Médecine légale de se rallier au vœu de l'Académie de Médecine et de demander le classement des dérivés barbituriques dans le tableau C.

Mais allant plus loin, il nous semble utile d'émettre un vœu pour que tout médicament nouveau fût inscrit d'office dans le tableau C, en attendant de savoir si une toxicité élevée justifie le classement dans le tableau A ou si, au contraire, l'innocuité permet de le rayer du tableau C. A l'heure actuelle, ce n'est que lorsqu'un médicament a causé des accidents graves et souvent répétés que son classement dans un des tableaux est prescrit.

Vœux. — 1° La Société de Médecine légale émet le vœu que les dérivés barbituriques soient inscrits dans le tableau C.

2° La Société de Médecine légale émet le vœu qu'il en soit de même d'une façon temporaire pour tous les composés nouveaux, dont l'action toxique est encore mal connue, en attendant l'inscription définitive soit au tableau A, soit au tableau C, ou la radiation de tout tableau.

Ces deux vœux mis aux voix sont adoptés à l'unanimité.

VARIÉTÉS

ASILE DE FONT-D'AURELLE

La commission administrative des hospices de Montpellier vient de faire aménager un nouveau pavillon à l'asile d'aliénés de Font-d'Aurelle. Un accord est intervenu entre l'administration du département de la Seine et la commission des hospices de Montpellier qui a consenti à prendre 120 malades comme pensionnaires pour décongestionner les asiles de la Seine.

ASILE DE SAINT-ROBERT

Le conseil général de l'Isère vient d'approuver la construction à l'asile de Saint-Robert d'un pavillon pour l'isolement des aliénés des deux sexes atteints de tuberculose, ainsi que d'autres modifications qui entraîneront une dépense de 979.666 francs.

INSTITUTION D'UNE COMMISSION CHARGÉE DE PRÉPARER LA CODIFICATION DES LOIS D'ASSISTANCE

Il est institué une commission chargée de préparer un projet de codification des lois d'assistance.

M. Dron, sénateur, président du conseil supérieur de l'assistance publique, est nommé président de la commission.

Sont nommés membres de la commission :

MM. Strauss, Bienvenu-Martin, Leredu, Ogier, anciens ministres ;

Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

MM. Lépine et Berthélemy, vice-présidents du conseil supérieur de l'assistance publique ;

M. Labussière, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur ;

M. Mirman, conseiller maître à la cour des comptes ;

M. Brion, président de la Fédération des unions hospitalières de France ;

M. Duguit, doyen de la Faculté de droit de Bordeaux ;
 M. Ricordeau, président de l'Union hospitalière du Nord-Ouest ;

M. Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'intérieur ;

M. Rondel, secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique ;

M. Bouffandeau, maître des requêtes au Conseil d'Etat ;

MM. Vinter et Sarraz-Bournet, inspecteurs généraux des services administratifs ;

MM. Couturier et de Moüy, chefs de bureau à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

M. Douarche, ancien chef adjoint du cabinet.

M. Lacaisse, rédacteur principal à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, est nommé secrétaire.

HOPITAUX DE PARIS

A PROPOS DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — On nous communique la note suivante :

« Le Conseil de la Société des médecins des hôpitaux proteste contre les vexations brutales et les calomnies insoutenables dont les juges au concours de l'internat ont été l'objet de la part de certains candidats. Rien dans le choix des questions posées n'excuse pareilles manifestations. Les médecins des hôpitaux blâment ces gestes intolérables qui nuisent au bon renom de l'internat.

Signé : MM. APERT, BAUDOUIN, DEBRÉ, DONZELOT, HALLÉ, LAUBRY, DE MASSARY, PAGNIEZ, RIST, SAINTON, SÉZARY, P.-E. WEIL. »

Une des questions posées à l'épreuve écrite (anurie), question des plus classiques et qui permettait d'apprécier les connaissances cliniques des compétiteurs, a eu le don d'exaspérer certains candidats qui se sont livrés à des manifestations violentes et même à des voies de fait à l'égard d'un des juges. Il est évident que si ces pratiques toutes nouvelles se généralisaient, il deviendrait impossible de procéder à aucun concours.

H. C.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE

Le Congrès international de psychologie appliquée se tiendra à Paris en octobre prochain au Palais-Royal, dans les locaux mis à sa disposition par l'Institut de coopération intellectuelle de la Société des Nations.

ASSOCIATION ALLEMANDE POUR LES SOINS PRÉVENTIFS A DONNER AUX JEUNES PSYCHOPATHES

Cette association tiendra son quatrième congrès à Hambourg, du 13 au 15 septembre inclusivement.

Pour tous renseignements et les adhésions, s'adresser à la Deutscher Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen. Berlin Et. 35, Postdammer Strasse 118 c, IV.

XIII^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

*1^{re} Session de Médecine sociale, Accidents du travail,
Maladies professionnelles*

Ce congrès aura lieu à Paris, les 9, 10, 11 octobre 1928, sous la présidence de M. Georges Brouardel, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Necker.

Mardi 9 octobre 1928. — 9 h. 30. — *Séance d'ouverture, amphithéâtre Vulpian, à la Faculté de Médecine, 1^{er} Rapport : Médecine Sociale. Les expertises dans les lois sociales (M. le Prof. Balthazard, de Paris). 14 h. 30. — Même amphithéâtre. 2^e Rapport : Accidents du travail. Résultat comparé des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe. (MM. Charbonnel et Massé, de Bordeaux).*

Mercredi 10 octobre 1928. — 9 h. 30. — *Même amphithéâtre. Suite de la discussion du rapport sur l'ostéosynthèse. Séance de communications. 14 h. 30. — Même amphithéâtre. 3^e et 4^e Rapports : Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydro-carbures (M. Duvoir, de Paris). Pathologie professionnelle des corps radio-actifs (M. de Laet, de Bruxelles).*

Jeudi 11 octobre 1928. — 9 h. 30. — *Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. 5^e Rapport : Criminologie : Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique (M. Fribourg-Blanc, de Paris). 14 h. 30. — Amphithéâtre de l'Institut Médico-légal, place Mazas. — Séance de communications. — Organisation du prochain congrès.*

La Société de Médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIII^e congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 heures, à la première Chambre du Tribunal de la Seine, au Palais de Justice, sous la présidence de M. Wattinne, président du Tribunal de la Seine, Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

N.-B. — 1° Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne-Martin, 64, rue Pasteur (Lyon) ; M. Michel, 5, rue de Rigny (Nancy) ; M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac (Paris). 2° Les personnes qui désirent participer au Congrès devront s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant leur cotisation (60 francs), à M. Vernis, 29, Quai de l'Horloge, Paris, 4^e. 3° Les grands réseaux de chemins de fer français et les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour), aux Congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Pour bénéficier de cette réduction, chaque Congressiste devra être muni d'une autorisation établie pour la totalité du parcours, quel que soit le nombre de Grands Réseaux empruntés. Cette formule imprimée devant être revêtue du cachet du Congrès et de la signature d'un Secrétaire Général, et visée par le Réseau sur lequel est située la gare de départ du trajet aller, il sera nécessaire de la demander à M. Vernis, 29, Quai de l'Horloge, Paris, 4^e, avant le 10 septembre 1928. (Indiquer la gare de départ, l'itinéraire et les différents Réseaux empruntés).

Chaque Congressiste muni de cette autorisation devra acquitter à la gare de départ le prix d'un billet à place entière pour le trajet aller et le montant de l'impôt (15 0/0 de l'exemption) ; le trajet de retour s'effectuera gratuitement.

Validité à l'aller : du 6 au 9 octobre inclus.

au retour : du 9 au 12 octobre inclus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CLIMATOLOGIE ET D'HYGIÈNE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

V^e voyage médical international de Noël sur la côte d'Azur

Comme les années précédentes, le grand voyage annuel de la Société Médicale (Voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. Concentration à *Marseille*, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le 27 décembre, au matin, visite du port. Le 28, visite de *Toulon*. Le 29, commencera l'étude des Stations climatiques et des Etablissements de cure de la Côte d'Azur. *Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu*. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les Voyages de la Société Médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à *Marseille, Cannes, Nice* et

Monte-Carlo, promenades au trophée Romain de la Turbie, aux Grottes préhistoriques de Grimaldi, au laboratoire du Dr Voronoff, à l'Observatoire de Nice, aux jardins tropicaux et au Musée Océanographique de Monaco (démonstrations scientifiques, causeries historiques et géographiques, leçons thérapeutiques).

Ensuite, au gré du Voyageur, *excursion dans les Alpes* (6-7 janvier), ou *excursion en Corse* (6-10 janvier), ou journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société Médicale, Dr M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

Cette communication est accompagnée de la lettre suivante du Dr Faure :

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des Symptômes des Maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages de taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches, est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1928 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement, si la question vous intéresse; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Adresser la correspondance au D^r M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à La Malou, (Hérault), du 15 mai au 15 novembre.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 15 octobre 1928 à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au Concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription moins de cinquante cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe-est de l'Hôtel-de-Ville, 2 rue Lobau, 2^e étage, pièce 227) de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix sept heures du lundi, 10 septembre au samedi 22 septembre 1928 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats-auront la faculté de déposer à la préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924 inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes d'Anvers


(23 au 28 juillet 1928)

La 32^e Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française eut lieu à Anvers du 23 au 28 juillet 1928, sous la présidence conjuguée des professeurs de psychiatrie de Paris, Henri Claude, et de Bruxelles, Auguste Ley, assistés du docteur Lalanne, de Nancy, comme vice-président, et du docteur Meeus, d'Anvers, comme secrétaire général.

Dès le matin de l'ouverture, une atmosphère de labeur et de cordialité qui ne fit que s'accroître ensuite, fut créée par les discours des deux présidents. M. Claude, avec sa double autorité de neuro-



logiste et d'aliéniste, montra les divergences et les convergences des méthodes de neurologie et de psychiatrie. M. Ley, avec son charme coutumier, exposa les concordances des mentalités française et flamande. Cette vérité eut sa preuve dans le succès des travaux et des fêtes concertés par le secrétaire général annuel, l'Anversois Meeus et par le secrétaire permanent, le Parisien René Charpentier, l'organisateur habituel de la victoire de nos sessions.



Pour la seconde fois, depuis la guerre, nous étions reçus médecins français par nos collègues belges avec la même chaleureuse et généreuse cordialité. La joie de cette deuxième rencontre ne pouvait avoir le complément pathétique de la première, non pas que le temps ait, en reculant les années des communes angoisses, estompé le moins du monde leur inoubliable souvenir, mais parce que, des deux côtés, la décision était prise de ne pas ralentir la préparation de l'avenir par d'inutiles retours sur le passé. Aussi, est-ce avec l'optimisme le plus regaillardissant qu'on allait aux séances pour travailler et qu'on les quittait pour s'attabler aux festins préparés en notre honneur par cette Flandre à l'inépuisable fécondité. Réception, le dimanche soir, au Cercle Médical, par les confrères d'Anvers et le président Ley ; dîner le lundi soir, offert par le Gouvernement Provincial au parc de Deurne ; thé de la Municipalité, le mardi après-midi dans le jardin du musée Plantin ; soirée de la Colonie Française le mercredi soir au Palais d'Été ; dîner le jeudi soir à l'asile de Mortsell ; déjeuner le vendredi à la Colonie de bienfaisance de Merxplas ; dîner le même soir à l'asile de Saint-Antoine-Brecht ; lunch le samedi à la Clini-

que psychiatrique de l'hôpital de Stuivenberg ; bref, il en fut de nous comme des héros de la légende flamande sous la conduite des Frères de la Bonne-Troigne, « pèlerins, pèlerinants, on nous fit pèleriner à travers sauces et fricassées ».

Personnellement, de ce réconfortant pèlerinage, je ne connus que les stations du mardi et du vendredi, retenu que je fus ailleurs par des invitations de même qualité, acceptées 4 ans plus tôt, lors du Congrès de Bruxelles.

A cette date, on était venu à Anvers, mais c'était un dimanche et nous n'avions connu que le repos dédaigneux de la fière cité, le vide de ses rues aux vitrines closes, ses quais déserts, son silence brisé tous les quarts d'heures par la cascade de ses carillons. Cette fois, nous avons appris son puissant labeur, l'activité sans hâte de sa solide population, la richesse de ses étalages, l'animation paisible de ses tavernes où survit encore le colportage, l'encombrement de ses carrefours, avec la mécanique silhouette de l'agent aux bras et au casque blancs, la lisibilité des numéros de ses maisons inscrits à l'angle de la porte, le confort de ses tramways traînant des balladeuses ouvertes, la lourdeur de ses camions bas d'essieux où sacs et caisses rebondissent derrière la croupe lustrée d'énormes chevaux, la longueur trapue de ses autocars, l'entrechoquement des pots-au-lait de cuivre sur les chariots traînés par des chiens, enfin le fracas assourdissant des mille bruits du jour ouvrable qui étouffe les tintements argentins tombant des clochers.

La nouvelle ville. — D'abord excentrique, elle resserre progressivement son étreinte. Elle envahit

déjà la place de Meir, siège des élégances d'antan. Sa gare superbe a pour conduire aux voies un escalier d'Opéra avec balcons et loggias. Les flots rectangulaires de ses bâtisses monumentales sont coupés de vastes avenues bordées de larges trottoirs, jalonnées en leur milieu de candelabres fleuris et parfois plantées d'arbres. Leur architecture a la banalité somptueuse des capitales d'aujourd'hui. Par-ci, par-là cependant l'esquisse d'un pignon, l'exubérance d'un écusson, l'ébauche d'un auvent ou quelque miroir espion rappellent le pays. Quoique propres, ces nouveaux quartiers ainsi que les hôtels pour voyageurs se ressentent du voisinage toujours salissant d'un port.

La rade. — L'Escaut, du dos de sa courbe ouverte à l'ouest, refoule toute la ville à l'Orient. Sa berge occidentale, basse, chauve, soutenue d'un invisible revêtement de pierres, semble n'offrir aux flots qu'une frange de roseaux ; rares sont les constructions qu'elle porte et les embarcations qui y accostent. A 500 mètres d'elle, la berge opposée se cuirasse au contraire pendant 10 kilomètres d'une maçonnerie large parfois de deux cents mètres sur laquelle courent trois voies ferrées, le long de docks et de hangars dont les toits en terrasse sont une promenade admirable pour les piétons. Cette rive droite d'une régularité rigoureuse ne se dilate en bassins qu'à son extrémité nord. C'est contre elle que s'amarrent les navires de tous types et de tous tonnages, de toutes marchandises et de toutes nations, de toutes provenances et de toutes destinations, laissant libres les trois quarts de la largeur du fleuve. Minutieusement alignés, paquebots, cargos, chalands, remorqueurs, yachts, bateaux de

haute mer et de rivière, dociles au flux et au reflux, soulèvent et abaissent de 5 mètres la forêt de leurs mâts et de leurs cheminées, comme s'ils grimpaient aux gigantesques échelles que les grues et les élévateurs des quais maintiennent dressées vers le ciel.

Jamais la vue n'embrasse les méandres fluviaux sans voir arriver ou partir quelque bâtiment à vapeur, moteur ou voile ; des bacs traversent ; quelque barque suspecte montée de ces maraudeurs dont Eekhoud décrit le repaire en face du port, louvoie ; le canot noir de la police fait sa ronde avec ses pilotes en uniforme.

Sur les quais ensoleillés ou plus souvent brumeux, dans la pénombre des magasins sans fin, au milieu des wagons, des fourgons et des fardiens, sous les poussières et les fumées, entre les attelages, les autos et les locomotives, devant les regards inquiets des armateurs, amusés des matelots et soupçonneux des douaniers, c'est le grouillement des débardeurs aux reins d'acier, aux épaules nerveuses, aux bras noueux, aux traits durs, tels que les a modelés Constantin Meunier, qui déchargent des montagnes de café, de sucre, de tabac, de coton, de potasse et de denrées de toutes sortes.

La vieille ville. — Ce qu'il en reste se masse autour de la cathédrale derrière la partie des docks du tiers moyen du port. Les rues y ont encore l'appellation moyenâgeuse de leurs primitives fonctions : rue aux chevaux, au linge, aux pots, des orfèvres, des tonneliers, des tanneurs ; marché aux gants, aux souliers, aux œufs ; rue longue, rue neuve. Sur elles s'ouvrent les boutiques sans prétention des commerçants du quartier, ainsi que la cuisine d'apparat où les ménagères aiment à rece-

voir leurs commères dans le flamboiement d'or et d'argent d'une batterie de figuration, autour d'un fourneau qui ne cuit rien, sur les dalles immaculées d'un carreau sempiternellement relavé. A leurs angles des statues de saints ou même des calvaires ornent les murailles. Des églises de la Renaissance, des chapelles en nombre, les saluts respectueux du peuple devant le prêtre portant l'extrême-onction prouvent la vivacité de la foi catholique.

Les ruelles des alentours de la Grande Place se rétrécissent et se coudent entre des murs élevés, souvent terminés par des triangles à degrés, toujours percés sur plusieurs étages de larges croisées, et ouvrant au niveau du sol des portes basses et cintrées. Des enseignes en toutes langues s'y lisent. C'est le coin mal famé du port. Des hommes de toutes races à la démarche chaloupée des gens de mer y rôdent, auprès de plantureuses beautés dont on n'entrevoit que furtivement pendant le jour les tapageurs atours. Les boutiques d'amour sous ce ciel septentrional n'ont pas, en effet, les éventaires de plein air de nos ports méditerranéens, ni leur pavoisement bariolé de guenilles séchant au soleil. Mais l'éclat qui manque au dehors jaillit de l'intérieur de ces bouges, dans le reflet des chaudrons et de la chaufferette pleine de braise ardente pour allumer la pipe des fumeurs.

La Grand'Place. — D'opulentes et hautes façades du xvi^e siècle entourent de deux côtés son pavé nu. De plus modestes et plus modernes immeubles en flanquent avec irrégularité les autres bords. Imposant et froid comme un palais italien dont son soubassement rouge a le bosselage et dont ses baies

ont les colonnes, est l'Hôtel de Ville, malgré la pente gothique de son toit. Les Maisons des Corporations sont charmantes, mais un peu monotones avec leurs larges verrières, la minceur de leurs cloisons et l'acuité de leurs pignons en escaliers.

Au milieu, à l'endroit où le feu de l'Inquisition espagnole consuma tant de martyrs, c'est une fontaine qui désormais ruisselle sur un rocher. Jef Lambeaux y a pétri dans le bronze la légende de la fondation d'Anvers, « endroit de la main jetée ». Le géant Antigon, le mutilateur des nautoniers trop pauvres pour payer rançon, gît décapité et le poing amputé aux pieds de Salvius Brabo. Et le vainqueur en courant s'apprête par un geste de triomphe à lancer au loin la main du vaincu dont toutes les blessures laissent gicler des filets d'eau. Celle-ci retombe en poussière sur la chaussée que ne protège aucun bassin.

Elle est belle cette Grand'Place, mais triste et abandonnée, comme si l'horreur du drame de la fontaine en détournait les habitants. Plus belle, plus diverse, plus accueillante est celle de Bruxelles où trois siècles ont mis leurs architectures ; les cours fastueuses des ducs de Bourgogne, des empereurs d'Allemagne, des rois d'Espagne ont laissé quelque chose de leurs passages à ses balcons ; continuellement son sol est jonché de fleurs à vendre ; semaine et dimanche le peuple vient s'attabler à ses estaminets devant des mets et des plats nationaux, la bière gueuse lambic et la poule bouillie waterzooy. A Anvers, métropole commerçante, en dehors des jours de marché, on ne voit guère sur la Grand'Place que des étrangers, tête levée et kodak en bandoulière.

La Cathédrale. — Sa façade est campée de travers sur un entrecroisement de venelles qui reculent devant elle leurs vilaines maisons. Elle décoche au zénith de chaque côté du porche ses deux tours grises et carrées. Celle du nord porte jusqu'à 123 mètres de hauteur la découpure dentelée de ses trois étages en retrait. Celle du sud, coupée dans son premier élan, montre une croix d'or sur son tronçon, comme un crochet de cuivre sur le moignon d'un manchot.

A son abside et à son flanc méridional sont plaquées des mesures assez bien conservées, dont la sangle ne s'interrompt qu'en face du transept. Du parvis de celui-ci qui ferme un cul-de-sac, on aperçoit la place Verte, point central de la cité, où Rubens contemple du haut de son piédestal, le travail des vendeuses de fleurs sous l'ombrage et le repos des buveurs à la terrasse des brasseries.

La toiture d'ardoises interrompt ses pentes au-dessus du chœur pour y élever la bizarre superposition de trois pyramides se coiffant l'une l'autre et piquant leur pointe dans un bulbe octogonal. Les statues de l'extérieur sont presque toutes tombées sous le marteau des iconoclastes après la procession de l'Omégang de 1566 et sous celui des sans-culottes de la Révolution.

L'intérieur aux parois blanches et nues, aux piliers sans chapiteaux ouvre ses sept nefs comme une halle et expose dès l'entrée la corporation de ses porteurs, peinte dans l'exercice de ses fonctions au Golgotha, par Rubens, en deux toiles. On admire ces fortes musculatures et l'on fait lentement le tour des chapelles, quelquefois aussi belles que les cabinets d'un musée, aussi émouvantes qu'un cimetière.

Mais c'est la Tour qu'il faut gravir pour subir pleinement les émotions du passé. De l'étourdissant tintamarre des vivants n'arrive là-haut qu'une rumeur lointaine et leurs habitations en sont tellement bas qu'elles ne masquent pas l'horizon. Les cloches quatricentenaires y sont si proches que l'on comprend tout ce qu'elles racontent des événements écoulés. Chaque volée du carillon y est un lâcher de souvenirs. Et dans le paysage de maintenant, c'est le spectacle d'autrefois qui surgit.

L'Escaut à travers la même plaine immense charriait alors pour le Nouveau Monde et pour les nouvelles routes de l'Inde, les galères et les caravelles venues par centaines de la Méditerranée délaissée ; tandis qu'Anvers, dans sa gloire naissant du déclin de Bruges au Zwyn ensablé, faisait, dit un contemporain, en un mois plus d'affaires que Venise en deux ans. Mais encore sans armure, il n'avait pas l'altière prestance d'aujourd'hui. Des bancs sablonneux tachaient son cours, enlisant les carènes et facilitant les manœuvres ennemies pour le barrer, comme y réussit Alexandre Farnèse. Il était rongé de canaux, éparpillant par la ville des môles propices aux flâneries et sur l'un desquels Thomas Morus rencontra le mystérieux navigateur qui lui conta les merveilles d'Utopie.

Au nord, scintillent les toits de Bréda où d'Egmont, de Hornes et Guillaume le Taiseux jurèrent la délivrance de la patrie et où 60 ans après fut signée la reddition qu'immortalise un chef-d'œuvre de Velasquez au Prado. Au sud, montent les tours de Malines où le Chien Rouge, Grandvelle, aiguissait ses crocs sur la chaire archi-épiscopale que, 3 siècles et demi plus tard, le grand cardinal Mercier devait remplir des éclats de sa sainte colère contre le parjure.

Au bord du fleuve, le Steen élève encore ses tourelles moyenâgeuses qui abritaient la prison et le tribunal des inquisiteurs. C'est de là que partaient pour le supplice les condamnés, sous une escorte de lansquenets, précédés par des reîtres et suivis par des moines. Le Bloedweg, « chemin de sang », passait devant la Vieille Boucherie qui presque neuve rutilait d'une couleur plus sanglante. Et pendant la sinistre marche, le martellement du sol sous le sabot des chevaux scandait le chant des psaumes, tandis que le bourdon Carolus, filleul de Charles-Quint, remplissant les airs de son glas, enfonçait dans tous les cœurs la haine de l'Espagne.

Tout près de ces parages de mort étaient ceux de volupté le Rietdyck où Ulenspiegel entraîna son ami Lamme en lui disant : « Vois la baesine (la patronne) se tient derrière ses tonneaux, entre deux chandelles : la salle est grande, à plafond de chêne noirci, aux solives enfumées. Tout autour règnent des bancs, des tables aux pieds boiteux, couvertes de verres, de pintes, de gobelets, de hanaps, de cruches, de flacons, de bouteilles et d'autres engins de beuverie. Au milieu sont encore des tables et des chaises, sur lesquelles trônent des heuques qui sont capes de commères, des ceintures dorées, des patins de velours, des cornemuses, des fifres, des scalmeyes. Dans un coin est une échelle qui mène à l'étage. Un petit bossu pelé joue sur un clavecin monté sur des pieds de verre qui font grincer le son de l'instrument. Danse mon bedon. Quinze belles filles folles sont assises, qui sur les tables, qui sur les chaises, jambe de-ci, jambe de-là, penchées, redressées, accoudées, renversées, couchées sur le dos ou le côté, à leur fantaisie, vêtues de blanc, de rouge, les bras nus ainsi

que les épaules et la poitrine jusqu'au milieu du corps. Il y en a de toutes sortes ; choisis ! »

Au sud, le Musée a remplacé la citadelle du cruel duc d'Albe qui avait eu l'impudence d'y faire couler en bronze sa propre figure. Mais un matin de 1573, les citoyens, à bout de souffrance et ruinés par l'impôt de l'Alcava, se réveillèrent aux appels d'Orrida, la cloche du tocsin sonnant « vacharme ». La forteresse fut prise et l'insolente statue traînée dans le ruisseau.

Plus près de là, un évasement, agrandi des décombres de l'explosion des bombes allemandes de 1914, signale la place du Meir. Canal couvert, elle était le centre des élégances. A cent ans de distance, Quentin Matsys et Rubens demeurèrent non loin d'elle. C'est là qu'on imagine les peintres de la ville, Bernard von Orley, Patenier, Mabuse, promenant leurs confrères étrangers : Albert Dürer, Hans Holbein arrivant d'Allemagne et Lucas de Leyde voyageant par coche d'eau spécial. La boutique de Jérôme Cock où les diableries de Bosch étaient tirées en gravures s'y trouvait sans doute. Vraisemblablement aussi les fameux rétables expédiés par douzaines à travers l'Europe devaient y être exposés. Et ce furent au siècle suivant des foules d'artistes et de diplomates faisant cortège à Rubens, Van Dyck, Téniers qui défilèrent dans les alentours du Meir.

En contraste avec ces temps de splendeur, la rive gauche de l'Escaut, toujours dépourvue de constructions, évoque les tristes années où le premier consul Bonaparte avouait au bourgmestre que sa ville ne semblait guère plus animée qu'une bourgade africaine.

Ces mauvaises heures depuis longtemps ne sont

plus, et la plus grande prospérité resplendit sur la mer des toits de toutes hauteurs qui assiège le vénérable observatoire. Vers lui monte pour s'arrêter à distance respectueuse la crête des vieilles églises ; mais la foule des gares, des théâtres, des banques se gonfle avec l'impertinence des jeunes parvenus. Quel bonheur de mourir avant que les gratte-ciel n'aveuglent de leurs ombres ignorantes le regard séculaire des cathédrales !

Le Musée Plantin Moretus. — Il conserve, derrière une façade anachronique, un monde de choses et d'impressions qui survivent à ceux dont la main les fit et dont le cœur les ressentit. La cérémonie qui se déroula pour nous dans son jardin sut l'animer de la façon la plus sûre par la musique vocale.

Tout bruit, toute pensée du siècle expirent entre ces murs que le temps a ouâtés d'une vigne touffue, en décolorant la brique de leurs pignons. Des fenêtres qui éclairèrent un si docte et si minutieux labeur, des arcades presque monastiques qui terminent les deux bouts de ce rectangle, s'épanche sur le gazon une atmosphère d'autrefois. Les bustes des anciens hôtes disséminés en médaillons y accueillent d'un grave sourire le visiteur.

C'est là que la Chorale Cœcilia, sous la direction de son chef M. Lod de Vocht, nous fit le très grand honneur d'exécuter les cantates, hymnes, berceuses et ballades flamandes et françaises, anciennes ou imitées de l'ancien, qu'elle chanta lors de la Joyeuse Entrée de leurs Altesses Royales le duc et la duchesse de Brabant. Et pendant une heure, de par la seule magie de la voix humaine, nous fûmes transportés à travers l'espace, en arrière et en dehors du temps, dans ces régions sublimes où

règne la Beauté affranchie enfin des contingences conditionnelles. L'invocation à la sainte musicienne, l'ironie des juges d'un concours de chanteurs, la ruse naïve de deux jouvenceaux, l'infinie douceur du bercement maternel, la dolente ou fière ivresse de l'amoureux, l'ébranlement d'une armée, la mêlée des combats, la joie des massacres, le triomphe de la victoire, la ferveur des Noël's, l'exaltation des Pâques jaillirent vers le ciel.

Par instants la fraîcheur, d'un souffle embaumé ajoutait sa caresse à celle de la musique. Nous l'aspirions à longs traits car « nous y sentions le bon vent qui vient de Flandre » qu'humait Thil avec tant de délices. Quelquefois pendant le court silence, entre deux morceaux, comme une banderolle sonore lancée du clocher de Notre-Dame dans notre puits d'harmonie, le tintement du carillon déployait ses mélodies. Notre attention s'y accrochait et était ramenée à la nuit étoilée de Malines, où dans les jardins de l'archevêché, à l'ombre de l'appartement qu'il ne devait plus quitter qu'à sa mort, le grand cardinal nous avait conviés à écouter le concert de son beffroi.

Le Jardin Zoologique. — Par troupeaux, il contient des couples de presque toutes les espèces. Et l'on s'éterniserait à tout le décrire. Ce qu'il a de plus beau est l'aquarium et la bauge de rhinocéros est ce qu'il a de plus laid.

L'aquarium. Installées dans la pénombre et recevant clarté et liquide par en haut, ses vitrines sont des cassettes, remplies des trésors de l'empire des eaux. Le Jour et l'Onde y jouent à l'envi ; elle irise les rayons qu'il lui jette, il change en perles les bulles qu'elle lui renvoie. Sur le vert coussin

des algues, dans les creux sombres, c'est un glissement des plus vives couleurs. Ecailles et carapaces y étincellent de tous leurs feux. Des formes y sont extravagantes ; certaines rappellent la flore ou la faune terrestre ; d'autres ressemblent à des organes humains.

Des flaques grouillent ; des feuilles frissonnent ; des chauves-souris plongent ; des corolles s'épanouissent ; des actinies érigeant le cylindre de leur pied chagriné de papilles et sous une touffe de poils tentaculaires serrant et resserrant les bourrelets veloutés de leur vulve combinent en les embellissant les contours des deux sexes de l'humanité ; des corps sans tête ; des araignées au ventre dur, etc.

Quelle douceur dans le frôlement des bars ! Quelle souplesse dans l'ondulation des anguilles ! Quel chatolement dans les joûtes des cyprins ! Quelle adresse dans la voltige de l'acrobate à masque de cheval et maillot rouge : hippocampe ! Quelle sérénité dans la nage planée de la raie et quel moelleux dans son atterrissage sur la plage sous-marine ! Enfin quelle comique transposition du poème de Tristan dans cette pantomime de deux des plus somptueux modèles de la gent aquatique : deux poissons mousseline au tégument mordoré et dont les nageoires sont largement débordées par de longues et transparentes membranes ! C'étaient deux femelles assurément. L'une tournait anxieuse au bas d'une anfractuosité ; tandis que l'autre, les barbillons à fleur d'eau et le corps obliquement planté au-dessus d'un rocher, agitait ses souples écharpes, Brangaine des humides séjours, signalant du haut de la tour l'attente impatiente d'Yseult à son amant attardé !

C'est l'art de monter les bijoux, de disposer les

tissus, de manier les reflets, d'harmoniser les couleurs que l'aquarium expose à ses étalages où la femme trouve animées les parures de sa toilette.

La bauge de l'hippopotame. Elle est un coin de l'écurie de l'Arche de Noé.

Il a la forme saugrenue d'un assemblage hétéroclite, plus que celle d'un être organisé. Son corps est une futaille gauchie que soutiennent quatre culots d'obus ; une corde lui tient lieu de queue, et sa tête est un caisson. L'épaisseur de son cuir est telle, les billes de ses petits yeux sont si convexes, et si avortées ses oreilles, qu'il n'y saurait passer assez d'impressions pour donner grande intelligence au cerveau logé dans l'étroite bosse de son crâne.

Cette lourde et brune machine apparaît au delà de la mare dormante. Elle avance automatique, régulière, assurée et, tank aveugle, s'abaisse vers la rive. On recule pour fuir les rejaillissements. Mais non. L'eau qui a reconnu son compagnon fidèle ouvre sans la rider sa fluide enveloppe au baigneur, dont la pesante masse avec légèreté flotte, glisse et vire.

Soudain il s'effondre. Les flots s'agitent, se troublent, bouillonnent avec fétidité ; un soulèvement circulaire sculpte la ronde invisible de ses fouilles dans la vase du fond. Et quand sa tête émerge monstrueuse, c'est d'un cloaque immonde, puant et fangeux, où elle semble enlisée.

Visqueux et mafflus, ses naseaux renflent en palpitant d'allégresse. D'interminables bâillements écartent les triangles émoussés de ses mâchoires aux dents déjetées et inégales, évasent sa gueule immense de Léviathan, réalisent l'entonnoir de l'enfer où sur les tympans d'églises sont précipités

les damnés. Le purin qui l'entoure glisse par les commissures dans ce gouffre, y gargouille, en est bavé, y retourne, en ressort. La hideuse apparition s'enfonce de nouveau, et le manège recommence.

Paradoxal avortement par excès de substance, de l'évolution vitale, l'hippopotame en captivité est une première ébauche de la transformation de la chose en un être ; c'est la brute se dépêtrant de la matière.

Le Musée. — Ils sont nombreux les musées. Celui des Beaux-Arts renferme, inscrite dans ses tableaux, la courbe de l'esthétique flamande.

Poétiser la réalité, plus que réaliser un idéal, tel est, écrit Salomon Reinach, le caractère des primitifs de ce pays. Leur maître Jean Van Eyck le montre ici dans la parfaite exactitude des détails de la *Vierge à la fontaine* et dans l'exquise *sainte Barbe* à la robe somptueuse. Les *Sept Sacrements* de Roger Van der Weyden expriment les élans mystiques avec des crispations douloureuses qui prophétisent celles du Græco, comme si, à travers l'espace et le temps, une mystérieuse parenté réunissait ces deux étrangers. De Memling, le *portrait d'un moine* et le *Concert Céleste* ont « ce je ne sais quoi de grave et d'éprouvé qui, note Fromentin, donne à ses figures l'air d'avoir traversé la vie en souffrant et d'y réfléchir ». Quant à Quentin Matsys, le galant forgeron du puits du parvis Notre-Dame, qui, par amour, quitta le marteau pour le pinceau, ne sont-ce pas les beaux yeux responsables de cette métamorphose dont on admire le velouté du regard entre les tombantes paupières des femmes de la *Décollation de Jean-Baptiste* et de l'*Ensevelissement du Christ* ?

Mabuse dans ses *Juges* et son *Ecce Homo*, Mostaert dans ses portraits, Van Orley dans son *Jugement dernier*, montrent par leur froideur que, sous le règne de leur romanisme, l'ambition d'égaliser les Grecs et les Romains préoccupait davantage les artistes que la beauté de leurs maîtresses ne hantait leur vision.

La prestigieuse école de Rubens, magnifiquement réaliste, catholiquement païenne, sensuellement vraie, ne séparant guère l'ange de la bête dans la nature humaine, remplit des galeries. C'est la glorification de la chair par le chef, la glorification du ventre par Jordaens, la glorification de l'élégance par Van Dyck, la glorification de la bambochade par Téniers, la glorification du cauchemar par Breughel.

L'école protestante de Hollande mystiquement rebelle à toute imagination religieuse et admirablement fidèle à la reproduction des choses et des êtres de la vie quotidienne, y est très bien représentée par son magicien, Rembrandt, son paysagiste de visages, Franz Hals, son portraitiste de paysages, Ruysdael, son satiriste Jean Steen et tant d'autres.

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, on peut suivre les trois courants de la peinture flamande : le classicisme dans la *Ste-Famille* de Navez, le romantisme dans l'*Émeute*, autour des frères de Witt de Wappers, les scènes espagnoles de Keyzer et la *Dépouille des comtes d'Egmont et de Hornes*, de Gallait, le naturisme dans les portraits et les épisodes historiques de Leys, le *Jardin* et l'*Estaminet* d'Henri Brakelaert.

Avoir pendant une semaine l'entrée libre de ces collections, alors que l'on a toute fraîche dans la

mémoire le souvenir de la Philosophie de l'art des Pays-Bas, relue récemment en l'honneur du centenaire de Taine, fut une excellente aubaine.

Des sculpteurs, c'est Jef Lambeaux qui synthétise le plus complètement les qualités du génie de sa race. Pour modeler le réel, il a la poésie des primitifs et la luxuriance de Rubens. Dans son bas-relief des *Passions humaines*, qu'il a cru moralisateur, il a prétendu représenter, d'un côté, par un amoncellement de femmes, la violence de la tentation et, de l'autre, par un écroulement d'hommes, l'amertume des désillusions. Mais la puissance évocatrice des réalités voluptueuses contenues dans l'harmonie des courbes, la vigueur des reliefs, la caresse du creux des chairs féminines est si formidable, qu'elle inspire au contraire le sentiment de l'insatiabilité, et qu'on ne voit plus dans la chute des corps masculins que la méprisable détresse d'une virilité impuissante et non l'édifiant désespoir d'une concupiscence désabusée.

Quelle marche nuptiale est plus expressive que celle des deux adolescents de son *Baiser* ? De tout le corps de la fugitive encore ployée par l'effort de la course et qui brusquement s'arrête, de l'offrande frémissante de ses reins, du visage extasié qu'elle retourne vers les lèvres avides du poursuivant qui déjà la couvre de son élan, de l'emmêlement de leurs bras attirant contre ses épaules la mâle poitrine, c'est l'hymne du consentement de la vierge à devenir femme qui s'élève.

L'Asile de Mortsel. — Le jeudi après-midi, on visita l'asile de Mortsel qui appartenant aux frères de la Charité ne s'ouvrit qu'aux seuls congressistes médecins.

Pendant une demi-heure, le train traverse les faubourgs, puis la plate campagne du sud d'Anvers. Des grillés cernent les parcs d'habitations de plaisance, des hameaux sans profondeur allongent leurs façades de briques, des raies d'ombrages coupent les champs fertiles. En descendant de voiture, on en a encore pour un quart d'heure à suivre à pied une route poussiéreuse et noirâtre, flanquée tantôt de maigres haies, tantôt de bâtisses, tantôt de terrains vagues comme aux approches des quartiers d'usine, et l'on atteint une manufacture qui est l'asile.

Au grelottement de la cloche, le vantail s'ouvre sur la face accueillante et naïve d'un portier en soutane et scapulaire noirs. Une joyeuse animation remplit vestibules et salles, car tandis que le Congrès siège dans la salle d'honneur, les bons frères se hâtent aux préparatifs du dîner qu'ils offrent à leurs hôtes. Obligé de repartir bientôt, je demande au médecin l'autorisation de jeter un coup d'œil sur son service avant l'heure de la visite officielle ; mais il n'ose prendre sur lui la responsabilité d'une telle infraction au programme. Par bonheur, un religieux, qui a entendu ma requête, la porte au Frère Supérieur qui très aimablement lui donne mission de me conduire partout.

Ces murailles rouges recouvertes d'ardoise, ces galeries vitrées, la propreté de ce carrelage, ces cours fleuries, ces cloisons pieusement ornées me rappellent mon premier poste. Il n'est pas loin d'ici, sur la rive d'un affluent de l'Escaut, en lisière de la forêt de Nieppe où une légende récusée par de Coster fait naître le héros flamand Ulenspiegel : Saint-Venant sur la Lys. C'est là que nous vîmes ensemble, René Charpentier et moi, au sortir de

l'internat, il y a plus de 20 ans. Dans les mouvements sans brusquerie des travailleurs, dans la modération des agités, dans la patience des épileptiques, dans l'intégrité des immenses verrières, je reconnais le paisible tempérament flamand dont la passivité nous surprit tant, nous qui ne connaissions d'aliénés que ceux de la population parisienne.

Dortoirs, réfectoires, cabinets de balnéation continue, chambres d'isolement, partout une netteté rigoureuse et un souci de la décoration plus touchant que louable. La main féminine manque dans la disposition de ces bouquets trop denses, dans l'alignement trop rigide des pots de fleurs devant les images religieuses. On se sent entre hommes, à la bonne franquette, et le vase de nuit se prélassa gaillardement sous les lits.

La Colonie de Merxplas. — Le vendredi matin, pendant deux longues heures, par la plaine ensoleillée de la Campine, un antique tortillard à vapeur nous cahota, sous la pluie charbonneuse de sa fumée. Les moissons d'or succédèrent aux moissons fauves, les prairies succédèrent aux prés, un canal d'argent s'éloigna et se rapprocha de la route, les villages peu à peu s'espacèrent. On s'enfonça dans des landes de bruyère, saupoudrées de sable, creusées de flaques, hérissées de pins en bouquets, parfois striées du vol d'un héron. La silhouette rude et lourde des paysans rappela la description qu'en donne leur compatriote, Eekhoud : « Ils sont d'allures lentes et balancées, râblés et maflus, sanguins, taciturnes. Je ne rencontrai jamais plus plantureuses filles, mamelles plus décisives et prunelles plus appelantes que dans ce pays. Sous le

ciel bleu, les gars charnus ont crâne mine et se calent pesamment. Après boire, des rivalités les font se massacrer sans criailleries, à coups de *lierenaar* (espèce de couteau) ; en s'écharpant, ils gardent aux lèvres ce mystérieux sourire des anciens Germains, combattant dans les cirques de Rome. En temps de kermesse, ils se gavent, se saoulent, sabotent avec une sorte de solennité gauche, accolent leurs femelles sans madrigaliser et le bal fini rassasient, le long du chemin, leurs amours exigeantes et prodigues. Ils se livrent rarement, mais une fois donnée leur affection ne se détache plus. »

Dans la clairière immense de cette lande, la Colonie de Merxplas est installée. On la découvre avec méfiance. Elle n'a, il est vrai, ni superposition de murs, ni étalage de grilles ; mais un fossé encadre de son eau sournoise ses bâtiments et ses cultures. Rien de cruel dans ses briques ni de menaçant dans le paysage ; mais la sévérité des premières et la pauvreté du second engendrent la tristesse. On se méfie. Voltaire, de non loin d'ici, envoyant de ses nouvelles à Mme du Châtelet, écrivait qu'il était en Barbarie. On voudrait faire demi-tour.

Mais les présidents sont entrés et on les suit. La fraîcheur de la voûte se pose caressante sur vos épaules. La clarté d'une causerie de M. Vervaeck sur la conception de l'œuvre détend votre inquiétude et remonte votre curiosité. Le passage dans le Dépôt de mendicité et ses vastes laboratoires où se fait l'inoculation du goût du travail vous enthousiasme. L'entrée dans la Prison et les explications de son directeur M. de Lierneux sur les méthodes orthophréniques achèvent votre conver-

sion. Et l'impression que l'on éprouve au cœur même de l'établissement est radicalement l'inverse de celle qu'on avait à l'extérieur.

Le Dépôt de mendicité, grâce à la sagesse de la loi belge, prescrit l'hospitalisation des vagabonds pendant tout le temps nécessaire à la production des effets de la rééducation ou à la constatation de son impuissance. Avec envie, nous avons, couverts de sueurs et de poussières, défilé devant ses innombrables cabines de douches. Avec admiration, nous nous sommes répandus par ses ateliers de menuiserie, de forge, de boutons, de cordonnerie, etc. Et sans qu'aucun adepte d'André Gide n'ait trahi parmi nous sa présence par un cri d'indignation, nous avons vu les lits grillagés de ses dortoirs.

La Prison orthophrénique a quatre sections. Une Prison-Ecole pour adolescents perfectibles de 16 à 21 ans, à qui l'on apprend l'agriculture, une Prison-Asile pour anormaux, une Prison-Asile pour convulsifs (épileptiques et hystériques), une Prison-Sanatorium pour tuberculeux avec installation complète contre la tuberculose. Dans toutes les sections, le redressement moral de l'individu est le principal objectif. Par des entretiens individuels, par des conférences en commun, par l'octroi d'une liberté et d'une responsabilité proportionnées aux circonstances, par l'organisation entre les détenus d'institutions analogues à celles des honnêtes gens (clubs, prêts d'honneur, décorations, etc.), par la punition de la délation, par la pratique d'un métier, par la reprise de l'instruction, par l'exemple d'une conduite irréprochable, le personnel réveille, stimule et développe les moindres foyers d'affectivité saine qui couvent sous la cendre du vice et parfois régénèrent leurs prisonniers.

Quand on repart de Merxplas, on emporte la plus grande vénération pour les hommes qui, dans le désert de la Campine qu'ils fertilisent peu à peu, s'emploient à un tel apostolat. On croit quitter une trappe où sont extirpées les ronces de la misérable humanité. Et l'on se demande si le siècle d'égoïsme qui s'avance fournira toujours les dévouements nécessaires pour la continuation de cette mission ? On doute. Mais la voix du Grand Gueux, de l'infatigable pourchasseur d'injustices qui se releva de la fosse où l'avaient enfoui les ennemis acharnés du progrès, nous rassure en murmurant : « Est-ce qu'on enterre jamais Ulenspiegel l'esprit, Nele l'âme de la mère Flandre ? Elle aussi peut dormir ; mais mourir non. »

L'Asile de Saint-Antoine-Brecht. — Après l'excellent déjeuner de Merxplas, on revint vers Anvers en s'arrêtant à mi-chemin dans l'asile de Bethanienhuis, tenu par les sœurs Norbertines.

Ses pavillons sont tout flambant neufs, sous de hautes casquettes d'ardoise, à la visière tantôt cassée en pignon, tantôt cabossée en auvent et à la coiffe épinglée d'ivoire par quelque œil-de-bœuf. Des parements blancs soulignent le rose de ses vêtements. Le cadran d'or d'une horloge sous un clocheton gris domine le petit peuple de ses bâtiments sans étage, que des arbres encore trop jeunes laissent sans ombre.

Le décrire serait énumérer toutes les découvertes de l'architecture hospitalière contemporaine. Ses dépendances elles-mêmes sont pourvues du plus grand confort. Et dans l'appartement qu'est l'étable, les vaches peuvent à toute heure se servir elles-mêmes à boire en appuyant le museau au fond d'un

gobelet à ressort que l'eau remplit à chaque pression.

Intimidées par l'invasion des intrus indiscrets qui semaient l'agitation et le désordre dans les salles, les douces religieuses en longue robe noire, la cornette blanche baissée et les doigts sur le chapelet, arpentaient les cours avec résignation. Les malades inquiètes de cette affluence insolite secouaient leurs couvertures, montrant parfois des sacs-camisoles d'où leur tête seule émergeait.

L'anachronisme de cet engin d'un autre âge dans une enceinte aussi magnifiquement moderne, frappa beaucoup de confrères qui ne cachaient pas leur étonnement. Pour moi, il n'y avait pas à s'émouvoir devant une pratique sûrement exceptionnelle et à laquelle une pénurie soudaine du personnel en cette période de vacances, avait obligé à recourir.

En effet, il suffisait pour être tranquilisé d'avoir remarqué le groupe des deux hommes sculptés, l'un debout, l'autre abattu sur la rampe du vestibule d'entrée. Ils représentent saint Norbert terrassant l'Hérésie par la seule vertu de la parole. Une telle proclamation de la supériorité de la dialectique sur la force, est une garantie du bannissement de la contrainte comme moyen thérapeutique dans la maison. Il est sûr que dans leur lutte contre la folie, les saintes filles de Norbert, inspirées par les médecins, obtiennent avec la psychothérapie le même succès que leur patron inspiré de Dieu obtenait avec l'éloquence contre l'erreur.

D'ailleurs, l'efficacité de la puissance persuasive des sœurs fut prouvée par la docilité avec laquelle les congressistes ingurgitèrent les mets succulents qu'elles avaient apprêtés en leur honneur et qu'elles voulurent bien leur servir elles-mêmes. Bien qu'au-

cune camisole ne les retint, ils s'attardèrent longuement au réfectoire et la nuit était fort avancée quand ils se décidèrent à en partir.

La Clinique psychiatrique de Stuyvenberg. — Anvers n'a pas d'université ; mais c'est un port cosmopolite où par conséquent éclosent toutes les maladies. Une section de son hôpital, établissement modèle à tous points de vue, a été organisée en clinique psychiatrique. C'est là que nos confrères Decks et Nyssens reçoivent les psychopathes. Dans un service parfaitement organisé, ils peuvent traiter sur place quelques dizaines d'aliénés et un beaucoup plus grand nombre de psychopathes sous le régime de la liberté. L'excédent est réparti dans les asiles de la région.

C'est là qu'après un copieux lunch, à 11 heures du matin, eut lieu la clôture du Congrès.

La promenade sur l'Escaut. — L'après-midi, une excursion sur l'Escaut et dans ses nouveaux bassins emmena les congressistes. Le désir de contempler le prodigieux développement du port en ces dernières années s'aiguissait chez moi du souvenir d'un voyage par eau d'Anvers à Rotterdam. Mais je ne pus y céder. L'heure était sonnée du départ pour le monde merveilleux des asiles de Hollande qu'une prochaine chronique s'efforcera de raconter.



Observer impartialement, agir et ne pas rêver, voilà la formule des caractères essentiels du peuple flamand, peuple chez qui l'art consiste dans la reproduction rigoureusement exacte de la nature, peuple dont la religion est plus une discipline de la

vie terrestre qu'une anticipation sentimentale de l'au-delà, peuple qui frémit toujours de l'inquiétude d'une méconnaissance de sa personnalité si injustement opprimée pendant des siècles. C'est en ne faisant pas abstraction du laid de leurs modèles, que ses peintres, évitant la fadeur du joli, ont atteint la vérité du beau. Le mysticisme est rare parmi les compatriotes de Ruysbroek l'admirable. Aussi, dans les tableaux religieux, les donateurs, c'est-à-dire les êtres vivants, sont-ils d'une facture plus soignée que les habitants du ciel. Ses littérateurs, à commencer par Henri Conscience, « celui qui apprit à lire à son peuple dans sa langue » et dont mon père, médecin polyglotte, me racontait les contes populaires, possèdent les mêmes qualités.

Mais sur les rives où débarqua Lohengrin, le positivisme de l'esprit ne supprime jamais le culte de l'idéal. C'est pourquoi le séjour dans un tel milieu nous fut très salulaire, à nous psychiatres, pour qui précisément l'observation est une nécessité quotidienne, et que menace constamment le danger du scepticisme ou de l'illusion.

Nous avons vu à l'œuvre la délicatesse des sentiments, la générosité du cœur et la finesse de la gaieté qui se cachent parfois, comme par pudeur, sous une enveloppe un peu rude. Les Français qui connaissent vraiment la belle Alsace ont retrouvé chez les Flamands un air de ressemblance avec leurs Alsaciens, trop souvent méconnus, et si agréables à fréquenter pour qui sait les comprendre et les prendre.

Mentalité réaliste flamande et mentalité logique française se complètent. Depuis longtemps d'ailleurs, leur collaboration se montra fertile pour les arts, alors qu'à Paris où ils demeuraient dans le

quartier de la porte St-Denis, dite Porte des Peintres, les Jacques de Bruges, les Malouel, les Beau-neveu travaillaient pour le roi Charles V à l'ornementation de son palais et aux statues de ses ancêtres ; alors qu'à Bourges les frères de Limbourg illustraient le Livre d'heures du duc de Berry ; alors qu'à Dijon les Bellechose, les Jean de Marville, les Claus Sluter et les Claus de Werwe décoraient la chartreuse de Champmol et les tombeaux des ducs de Bourgogne. La librairie Plantin où, sous la direction du maître tourangeau, les Anversois firent de si précieuses éditions, prouve les bons effets de la coopération scientifique. De nos jours, la pensée et la langue françaises ont reçu et continuent à recevoir un magnifique apport d'œuvres comme celles de de Coster, le Rabelais dont Ulenspiegel est le Pantagruel, de Mæterlinck, prospecteur du mystère des êtres, de Rodenbach, confident du secret des choses, de Verhaeren, poète de l'âge de fer moderne, d'Eekhoud, défenseur des rustres et des révoltés, etc.

Résider chez les Belges, c'est pour les Français se sentir mieux que chez soi. C'est jouir en effet de ce bien-être sans mélange, dépouillé du souci de son propre entretien qui n'existe jamais à la maison et qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans la vie, auprès d'amis de longue date, d'intelligence sûre et de fidélité éprouvée. Aussi le cri de tous les Congressistes de France en se séparant cette année fut-il : A bientôt en Belgique.

Paul COURBON.

OBSESSION ET DÉLIRE

Par Raymond MALLET

Les récentes études cliniques de M. de Clérambault sur le *Syndrome d'Automatisme*, ajoutées aux notions d'ordre plus particulièrement psychologique établies par M. Toulouse et le regretté Mignard sur l'*Autoconduction*, ouvrent un chapitre important de Pathogénie mentale. Nous voudrions essayer d'appliquer les unes et les autres à la recherche de la nature de l'Obsession (1).

Mignard écrivait que « les délires sont des réactions de l'unité mentale qui se sent troublée, envahie ou dominée par les influences émanées des automatismes organiques perturbés », cependant que M. de Clérambault isolait son *Syndrome d'Automatisme* et le plaçait à la base des Psychoses Hallucinatoires Chroniques (2). « Le délire n'est qu'une superstructure..... que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant et souvent *intact* aux phénomènes qui sortent de son subconscient », écrit M. de Clérambault.

Ce sont ces phénomènes qu'il réunit sous le nom de *Syndrome d'Automatisme*, « trouble pour ainsi dire moléculaire de la pensée élémentaire » qui se traduit au début par des processus purement psychiques ou verbaux (mentisme, intuition, dévidage muet de souvenirs sans causalité idéique, pensée devancée ou arrêtée, — mots explosifs, jeux syllabiques, non-sens, etc.), puis

(1) TOULOUSE et MIGNARD. — Confusion mentale et démence. *Revue de Psychiatrie*, 1908 et 1909 ; les maladies mentales et l'autoconduction. *Idem.*, 1911 et 1912 ; la théorie confusionnelle et l'autoconduction. *Ann. méd. psychol.*, juin et juillet 1914. — DE CLÉRAMBAULT. Psychoses à base d'automatisme et syndrome d'automatisme. Travaux résumés dans *Ann. méd. psychol.*, février 1927 et *Congrès des Aliénistes et Neurologues de Blois*, 1927.

(2) MIGNARD. — La subduction mentale morbide. *Ann. méd. psychol.*, mai 1924.

par des processus idéo-verbaux (intrusions mentales, commentaires sur les actes et les souvenirs, questions, pensées se répondant), ces derniers marquant l'étape vers l'hallucination. « Indifférenciée au début, la pensée devient graduellement auditive ou verbo-motrice » ; et les voix se constituent « objectives, individualisées, thématiques », le thème étant formé par le délire. Avec les hallucinations idéo-verbales M. de Clérambault fait entrer dans son syndrome les hallucinations sensitives et les hallucinations motrices, « triple automatisme dont l'origine est univoque..... séquelle tardive d'infection ou d'intoxication », peut-être même de traumatisme. Et il envisage des « altérations *qualitatives* de cellules et tractus multiples avec *troubles de transmission* dont l'addition altérerait la synthèse finale, tandis que des *manques* et des *détours* dans la série des transmissions troubleraient l'annexion au moi ».

A la base de l'obsession on trouve ce même trouble de la synthèse organo-psychique mais arrêté dans son évolution. « Trouble de l'élaboration de l'idée, de la sensation auquel assiste la conscience alarmée », disions-nous de l'obsession (1) et qui altère la *synthèse finale* mais non l'*annexion au moi*. Mêmes processus purement psychiques, purement verbaux, ou idéo-verbaux, mais n'atteignant pas le stade hallucinatoire, avec tous les caractères décrits par M. de Clérambault, notamment la teneur spontanément contrariante de l'automatisme mental, ses associations par contraste, l'irritation consécutive du sujet, le caractère d'infériorité des *suscitations parasitaires* (tendances au scandale, au sacrilège, à la brutalité, préoccupations sexuelles, données coprolaliques ou injurieuses). Mêmes caractères d'*ineffabilité* et de *non-complétude* des sensations obsédantes et des sensations hallucinatoires : « une sensation obsédante se libère de ses correspondances habituelles, s'objective devant la conscience du sujet ; sensation incomplète, parasite, irréductible, qui crée ainsi un véritable désarroi moral... qui, comme l'idée, est d'autant moins bien supportée qu'elle apparaît illégitimée, à l'état d'élément, de corps étranger » ; de même

(1) MALLÉT (R.). — *Les Obsédés*. (Doin, édit.).

M. de Clérambault compare les sensations hallucinatoires à certaines douleurs *perçues* et *non assimilées*.

Aussi bien, beaucoup de délirants passent-ils par la phase obsessionnelle, M. de Clérambault en cite dans ses observations, de même d'ailleurs que beaucoup de déments précoces, ce qui ne doit pas être interprété comme une évolution propre à l'obsession.

Episodiquement l'obsédé pourra manifester une *idée d'influence*, qui apparaîtra comme la traduction intellectuelle du sentiment d'emprise qu'il éprouve (1), une impression de *dédoublement de la personnalité*, qui n'est en quelque sorte que l'exagération du sentiment précédent, en rapport avec la scission du moi qui reste à l'état de menace et consciente chez lui alors que chez l'halluciné elle se réalise et est interprétée (2), une sensation de *présence étrangère*, qui rappelle de loin l'idée délirante de possession et qui est critiquée par l'obsédé lui-même.

Toutefois dans certains états obsédants graves peuvent se produire de véritables accès délirants. Craintes plutôt que convictions délirantes, à teinte de persécution, de jalousie, d'hypocondrie, suivant la nature des phénomènes d'automatisme et les tendances naturelles du malade. En réalité, ces tendances, qu'exagère le caractère d'hostilité inhérent à l'automatisme, jouent le rôle primordial dans l'apparition du délire. Craintes, idées s'accompagnent d'interprétations, de phénomènes illusionnels plutôt qu'hallucinatoires, où interviennent surtout l'hyperirritabilité sensorielle habituelle chez l'obsédé, son désarroi moral.

« Quand ça me prend, explique une malade, on dirait que mon cœur s'élargit, j'ai peur, tout m'effraie,

(1) CELLIER. — Les influences. *Encéphale*, mars 1924. Recherches sur l'automatisme psychique. *Encéphale*, avril 1927. M. Cellier constate la rareté du sentiment d'influence chez les psychasthéniques et que « leurs expressions sont en général des métaphores ingénieuses pour faire comprendre leur état. »

(2) M. de Clérambault a montré comment le syndrome d'automatisme tend à établir dans le moi une scission dont le mode d'interprétation est « laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet », mais dépend aussi de la forme affective de celui-ci (pessimisme, optimisme, hostilité) et du caractère propre de l'automatisme (lequel nous l'avons vu, tend par lui-même à l'hostilité) ; explication *endogène* (possession) ou *exogène* (persécution).

je cherche... quand on me parle je ne saisis pas assez ce qu'on me dit et je me demande ce qu'on me veut... dehors je crois qu'on me surveille, les paroles que j'entends (et elle entend de travers) je les prends pour moi, le bruit des voitures me fait mal... »

Un malade, après avoir exposé les troubles qu'il ressent (idées et sensations obsédantes), avoue : « J'en suis à me demander si ce n'est pas une de mes cousines qui est la cause de ma maladie. Je sais que ce n'est pas vrai, mais elle m'énerve. Ce n'est pas vrai parce que c'est un vieux mal qui dure depuis longtemps. Je trouve même que c'est exagéré de vous le dire. Est-ce que je ne deviendrais pas persécuté ? »

Ce sont là des accès de délire qu'on peut faire entrer dans le syndrome de *Passivité transitoire* isolé par M. de Clérambault (1). Il est à remarquer que ce syndrome coïncide toujours avec une exacerbation de l'anxiété, une certaine obnubilation intellectuelle, et qu'il disparaît avec elles, laissant le malade en faire une critique rétrospective.

Ainsi, nous arrivons à cette constatation que chez l'obsédé les phénomènes d'automatisme ne dépassent pas en général un certain degré au-delà duquel ils deviendraient hallucinatoires. L'élaboration de la pensée ou de la sensation est troublée, il en résulte une impossibilité pour le malade d'assimiler l'une ou l'autre, de l'incorporer à son moi, mais s'il souffre de ce parasitisme, ce qui témoigne de l'intégrité de sa conscience, il n'en garde pas moins ses facultés d'*Auto-conduction* (2). Celles-ci viennent-elles à être troublées à leur tour d'une façon momentanée, à l'occasion d'un surmenage physique, plus souvent émotionnel, les phénomènes

(1) M. de Clérambault a montré, en effet, qu'à l'idéation délirante développée sur le triple automatisme psychique, sensitif, moteur, s'ajoute une idéation délirante intégralement automatique (comme à une idéation volontaire s'ajoute chez le sujet normal une idéation autonome et cohérente qui ne se révèle à la conscience que par ses résultats ultimes : la première idéation délirante est une réaction à des automatismes, elle est en quelque sorte physiologique, la seconde est de tous points pathologique et constitue le syndrome de *passivité*.

(2) « Possibilité de coordonner les processus psychiques ou les processus moteurs en vue d'une activité consciente d'elle-même et adaptée à ses fins. » (Toulouse et Mignard).

d'automatisme gagnent en intensité et exceptionnellement peuvent entraîner des idées délirantes qui, dans la suite, seront détruites par le malade lui-même. D'ailleurs, il garde toujours une demi-conscience jusque dans l'état délirant et, quand il est réticent, c'est davantage par crainte d'être considéré comme un « fou » que par entêtement morbide.

A propos du surmenage, il faut noter que l'obsédé montre en général une résistance qui étonne devant les coups du destin dont les seules menaces le trouvent désarmé. En fait, il supporte mieux un choc qu'il comprend, si douloureux soit-il, parce qu'il peut alors faire appel à ses facultés d'adaptation, que les impressions qui l'assaillent sans cesse et qui échappent à son contrôle puisqu'elles ne font pas partie intégrante de sa personnalité. C'est dans la mesure où il exagère ces impressions plus que par lui-même que le surmenage est un agent d'aggravation, et l'on comprend ainsi que beaucoup d'obsédés puissent se plier aux exigences d'une vie affairée.

Peut-être dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, l'intensité du processus de l'automatisme, la profondeur des lésions causales envisagées par M. de Clérambault suffit-elle à expliquer l'hallucination et le délire qui en dépend. On doit admettre une même cause lésionnelle des phénomènes d'automatisme obsessionnel, puisque certains délirants hallucinés chroniques sont d'abord des obsédés, mais d'intensité, de nature différentes. Peut-être s'agit-il de poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, susceptibles même de régression, ce qui expliquerait la marche parfois rémittente de l'obsession, et qui restent localisées au seul tissu nerveux sensible, constitutionnellement fragile, à ses éléments d'association (1). D'autant plus que la vie affective du délirant et celle de l'obsédé vont en s'opposant. Le délirant *s'installe* dans sa psychose ; à mesure de cette adaptation, son anxiété du début tombe, et il manifeste à l'asile une « quiétude foncière », en contradiction avec ses tourments, sur laquelle M. de Cléramb-

(1) La fréquence d'une hérédité tuberculeuse ou syphilitique chez les obsédés, notée aussi par M. Dupouy, permet d'envisager l'action d'une toxine de même nature.

bault insiste alléguant que « les mêmes causes qui instituent l'automatisme mental peuvent altérer le reste du psychisme (c'est-à-dire l'affectivité) ». Nous ne reviendrons pas ici sur ce qui caractérise au contraire le fonds mental de l'obsédé, son anxiété constitutionnelle, sur les manifestations d'angoisse qui accompagnent tout accès d'obsession, sur la polarisation de l'affectivité autour de l'idée, de la sensation obsédantes en dehors desquelles tout apparaît au malade terne, décoloré.

Mais on peut se demander si cette dissociation affective ne favorise pas l'obnubilation intellectuelle, grâce à quoi l'obsédé peut devenir un délirant épisodique. Dépourvu du tonus affectif indispensable à leur mise en jeu, toute la sensibilité étant drainée par les phénomènes d'automatisme obsessionnel, les facultés d'auto-conduction n'exercent plus leur pouvoir réducteur et permettent ainsi aux sensations anormales de s'objectiver, de s'individualiser, à l'idée parasite, dépourvue de correctifs, de s'amplifier, aux facultés élémentaires de s'exercer, aux tendances inférieures de s'exalter, aux impulsions de se libérer.

De ces délires obsessionnels passagers on pourrait rapprocher certains épisodes délirants auxquels il a été donné à beaucoup d'entre nous d'assister chez les combattants. Nous en avons rapporté des exemples avec M. Mercier (de Tours), avec notre ami Paul Meunier. Les symptômes en sont outrés, comme les circonstances qui les ont provoqués, mais de même nature que ceux qu'on rencontre dans l'obsession délirante, et ils mettent en valeur le rôle des facultés de contrôle, plutôt de leur insuffisance, dans la genèse de l'hallucination et du délire émotifs.

Alors les conditions de surmenage à la fois physique et émotionnel se trouvaient-elles réalisées au maximum. Pour être demeuré trop longtemps dans une tension anxieuse, combien légitimée, d'autre part épuisé par l'insomnie, souvent les privations, le combattant devenait la proie de l'anxiété. Des troubles sensoriels se déclanchaient, phénomènes d'hyperirritabilité d'abord, se transformant en phénomènes illusionnels ou halluci-

natoires, auxquels s'accrochait l'anxiété. Transformation favorisée par le fléchissement parallèle des facultés de contrôle et l'apparition concomitante des suggestions morbides. On assistait alors à de véritables poussées d'anxiété délirante et hallucinatoire, dans l'intervalle desquelles le malade s'auto-critiquait. « Exagération des phénomènes d'automatisme aux dépens des facultés de contrôle épuisées », écrivions-nous, avec « projection idéative et sensorielle de l'anxiété » (1).

Un de ces malades, dont nous n'avons pas relaté l'observation, encore qu'elle soit particulièrement intéressante de par l'intensité des symptômes et du fait que depuis 12 ans nous n'avons pas perdu de vue celui qui en fut l'objet et mène une existence des plus actives, ce malade nous a montré d'une façon pour ainsi dire schématique l'importance particulière de l'*élément réducteur* au point de vue sensoriel (2). Alors que les hallucinations auditives pouvaient se produire avec un minimum d'anxiété, souvent à l'occasion du moindre bruit inaccoutumé (rôle du facteur illusionnel) laissant au malade une demi-conscience de son état, les hallucinations visuelles n'apparaissaient qu'à la faveur d'une sidération intellectuelle rappelant la confusion mentale avec obnubilation plus ou moins complète de la conscience. Le malade ne voyait plus rien de ce qui l'entourait, on ne pouvait plus l'atteindre, et cette absence de tout élément de *réduction dans l'espace* permettait aux images visuelles créées par l'anxiété d'être projetées au dehors. Ainsi l'*extériorisation* des images verbales est-elle plus aisée grâce à l'intermittence de la fonction réductrice de l'ouïe ; la vision exerçant au contraire un contrôle tributaire de l'état de veille, il faut que celui-ci soit troublé pour qu'il y ait *extériorisation* des images visuelles.

Aussi les accidents hallucinatoires et délirants sont-ils l'exception chez l'obsédé dont les facultés de

(1) MALLET (R.). — Etats confusionnels et anxieux. *Ann. méd. psychol.*, janvier 1917. Fugue et délire. *Idem.*, 1917, juin (et avec P. Meunier). Réaction de fatigue. *Idem.*, juillet 1918.

(2) BALLET (Gilbert) et MALLET (R.). — Sur les hallucinations. *Paris-Médical*, 4 octobre 1913. — COURBON. Du rôle de l'imagination représentative et de l'articulation verbale inconsciente dans la genèse de l'hallucination verbale. *Ann. méd. psychol.*, janvier 1925.

contrôle, d'adaptation, de coordination, de résistance, de volonté étonnent par leur intégrité et lui permettent, en dépit de malaises souvent impérieux, d'avoir un comportement d'apparence normale.

Mais l'obsession est un symptôme qu'on peut rencontrer transitoirement dans des états mentaux si différents, déjà nous l'avons signalé au début de la Psychose Hallucinatoire Chronique et de la Démence Précoce, qu'il faut faire une discrimination entre l'obsession-symptôme et l'obsession-maladie, entre l'obsédé occasionnel et l'obsédé constitutionnel, le psychasthénique. On ne parlera plus alors si aisément de l'évolution de l'obsession vers le délire chronique, ni de l'aboulie des obsédés. Ainsi l'impulsion, qu'on peut rapporter d'une manière sommaire à un fléchissement de la volonté, n'est pas le fait du psychasthénique pur ; on la rencontre chez l'obsédé que transforme soit un facteur occasionnel, le plus souvent toxique, soit un facteur héréditaire surajouté à la constitution anxieuse : hérédité similaire dans l'obsession-suicide, débilité de la volonté, perversion instinctive dans la plupart des autres impulsions.

On ne s'étonne pas de voir l'obsession comme symptôme prémonitoire de la Démence Précoce quand on lit l'observation d'Hébéphrénocatatonie que viennent de publier MM. Baruck et Morel qui précisément mettent en lumière chez leur malade l'atteinte fondamentale des processus d'Autoconduction et la libération consécutive de l'activité automatique. « La notion d'automatisme chez le dément précoce, écrivent-ils, véritable libération du contenu psychique par rapport au contrôle et à la direction consciente, traduit non pas des phénomènes d'irritation locale ou de pénétration d'éléments étrangers au psychisme, mais une simple séparation de la propre pensée du malade en blocs indépendants (1). » Qu'avant de se désagréger ainsi la pensée du malade ait subi ce *trouble moléculaire* dont M. de Clérambault fait le point de départ

(1) BARUCK (H.) et MOREL (F.). — Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonie. Les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection. *Ann. méd. Psychol.*, juin 1928.

du syndrome d'automatisme, on l'admet aisément ; et l'observation clinique du malade en question, qu'on nous montre en proie à des « préoccupations hypochondriaques » cependant que son caractère se modifiait, semble le confirmer. .

Mais tandis que dans l'évolution démentielle se produit une libération progressive du contenu psychique, des divers modes de l'activité automatique, dans le délire hallucinatoire chronique comme dans l'obsession ne se libèrent que certains processus automatiques. Cette libération se ferait dans la démence par inhibition de l'activité psychique supérieure. Elle apparaît comme primitive dans le délire et l'obsession, qu'elle porte sur un processus idéatif, sensitif ou moteur, isolés ou associés. Elle est complète chez le délirant et entraîne une déviation correspondante de son activité mentale volontaire qui par ailleurs et d'une façon par conséquent relative peut s'exercer normalement. Elle reste incomplète chez l'obsédé grâce au maintien de ses facultés d'autoconduction mais au détriment de son équilibre affectif. C'est ce déséquilibre qui exceptionnellement, par condensation paroxystique autour de l'élément obsédant d'une affectivité en état habituel d'éréthisme diffus, pourra amener un trouble momentané de l'autoconduction. Alors surviendra un *délire obsessionnel* aigu ou subaigu, dont nous avons esquissé les caractères particuliers et l'évolution régressive parallèle à la sédation affective. Tel que nous avons tenté de l'isoler, le délire obsessionnel nous apparaît comme l'ébauche, et il reste toujours à l'état d'ébauche, du délire chronique à *idée prévalente*, auquel M. de Clérambault donne le nom évocateur de *délire passionnel*. « Il n'y a de persécutés primitifs, lisons-nous sous sa plume, que les délirants intellectuels, c'est-à-dire les interprétatifs purs (et, avec d'autres mécanismes, les quérulants). Chez eux l'idée de persécution est primitive, fondamentale, dominante. Ces malades sont persécutés, ils le sont d'emblée, et ne sont que cela. » Par opposition aux persécutés hallucinés qui sont hallucinés avant d'être délirants.

Sans doute *l'idée prévalente*, revendicatrice, hypo-

condriaque, érotique, mystique, politique ou autre, est-elle primitive, fondamentale, dominatrice, mais de la même façon, nous semble-t-il, que l'idée obsédante. Ne serait-elle pas, comme cette dernière, la résultante d'un processus automatique se libérant anormalement, entraînant les conséquences que nous savons aussi bien au point de vue de la polarisation affective que du désordre de l'activité volontaire et passive (1) ? Mais l'idée prévalente trouverait une constitution spéciale (un fonds paranoïaque, une hyperaffectivité susceptible de déviation comme le jugement) qui permettrait aux facultés d'autoconduction, devant cet élément irréductible, non pas de s'en défendre comme d'une obsession, de le discipliner, non plus de le réduire en hallucination puis de l'interpréter à l'égal d'un produit sensoriel comme dans le délire hallucinatoire, mais, par une sorte de renversement des valeurs, oserait-on dire, de se plier aux exigences de son irréductibilité. D'où la coordination du délire de revendication, sa logique apparente qui en imposera d'autant plus aux non-initiés que l'idée prévalente aura un point de départ vraisemblable, d'où les réactions du malade menées avec la même apparence trompeuse et pouvant aller jusqu'au crime grâce à la cristallisation de tout un intellect raisonnant et voulant autour d'une passion morbide.

Nous sommes loin de l'obsession, et pourtant qu'il s'agisse d'un état obsédant, hallucinatoire, délirant, démentiel, aussi bien que de l'état dit normal, on peut d'une façon sans doute prématurée, donc grossière, les considérer sous le même angle des rapports qui lient les facultés d'Autoconduction telles qu'elles ont été décrites par MM. Toulouse et Mignard aux phénomènes d'Automatisme isolés par M. de Clérambault.

(1) Ce processus automatique pouvant avoir comme point de départ un fait exact.

« C » qui constitue la morbidité de cet état passionnel ce n'est pas l'inexactitude de l'idée prévalente ni l'abondance des interprétations (au contraire peu nombreuses et exceptionnellement délirantes), c'est la polarisation de l'affectivité, l'aveuglement, la ténacité, l'acharnement, bref l'hypersthénie et, point capital, une hypersthénie excessive. » (J. Capgras. Crimes et délires passionnels. Ann. méd. Psychol., janvier 1927).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 21 JUILLET 1928

Présidence de M. P. JANET, vice-président

M. Anglade, membre correspondant, assiste à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le D^r Bussard, secrétaire qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, une lettre de M. Chowschko, membre associé étranger.

Rapport de candidature

M. COURBON. — Au nom de la Commission composée de MM. Georges Dumas, Piéron et Courbon, Rapporteur, que vous avez désignés dans notre avant-dernière séance, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport sur la candidature de M. Charles Blondel à une place de membre correspondant.

Docteur en médecine depuis 1906, docteur ès lettres depuis 1914, professeur de psychologie à l'Université de Strasbourg depuis 1919, correspondant de l'Institut depuis 1927, un tel candidat possède plus de titres qu'il n'est nécessaire pour justifier son désir d'être admis dans votre société. Et la très haute valeur de son œuvre que vous connaissez tous en matières psychologique et psychiatrique m'est garante de l'empressement que vous mettrez à l'accueillir. Je n'aurais donc qu'à me taire pour hâter le moment de l'élection d'un membre qui n'a nul besoin de vous être présenté.

Si je continue néanmoins à me faire entendre pendant quelques minutes, c'est non seulement pour me conformer à la tradition, mais encore pour céder au plaisir de parler d'un ami dont la fréquentation me fut si douce et si fructueuse pendant les sept années vécues à ses côtés en Alsace.

Charles Blondel n'aborda la médecine qu'après s'être assoupli l'esprit aux méthodes de culture générale les plus éprouvées et se l'être meublé des connaissances philosophiques les plus précises. En 1897, il fut reçu élève de l'Ecole Normale Supérieure à l'âge de 21 ans ; en en sortant, il entra, en 1901, comme pensionnaire à la Fondation Thiers, cette Institution légitimement célèbre qui, chaque automne, recrute parmi l'élite de la jeunesse intellectuelle cinq élus auxquels elle assure pendant trois années une généreuse hospitalité, pour leur permettre de continuer de travailler à leur gré à Paris, sans aucun souci matériel de l'existence. C'est là qu'il entreprit ses études médicales. En 1906, il fut reçu docteur en médecine. Dès lors, et jusqu'à la guerre, il fut le collaborateur fidèle de l'un de nos plus regrettés collègues, le D^r Deny, de la Salpêtrière. Chaque jour, il venait s'enfermer plusieurs heures avec les aliénés, concevant et élaborant le plus remarquable de ses travaux sur la *Conscience morbide*, travail qui fut sa thèse de doctorat ès lettres en 1914.

Lors de la mobilisation, par l'un de ces scrupules qui lui sont coutumiers, il refusa de faire campagne dans le Corps de Santé, prétextant ne pas posséder la compétence chirurgicale suffisante, et il commença et termina la guerre comme officier d'infanterie, d'abord en France, ensuite en Orient.

A son retour des armées, en 1919, il fut envoyé comme professeur de Psychologie à l'Université de Strasbourg. Cette chaire est une des plus importantes dans un pays qui recouvre sa nationalité d'antan, car c'est autour d'elle que se modèlent l'intelligence et parfois l'âme de ceux qui enseigneront à leur tour leurs concitoyens. Nul ne pouvait avoir plus d'autorité que Charles Blondel pour un poste d'une telle portée.

Partisan de l'introduction de la Pathologie mentale dans le programme des cours de philosophie, il ne cessa jamais d'examiner des malades, faisant des leçons à ses élèves, d'abord dans mon service de Stéphanfeld, ensuite à l'hôpital militaire de Strasbourg, où le professeur Chavigny l'invita à venir, enfin à la Clinique psychiatrique, dont le professeur Pfersdorff lui ouvrit les portes. Par ailleurs, il est membre de la Commission consultative de l'asile d'Hoerd, qu'a fait créer le directeur de cet établissement, le docteur Arsimoles, pour examiner les protestations des aliénés criminels. C'est dire que la carrière de cet universitaire est tout à fait comparable à celle d'un aliéniste professionnel.

Quant à son œuvre, il me suffira de vous en rappeler succinctement les principales productions. Sa thèse de 1906 sur les *Automutilateurs*, où est analysé le déterminisme qui, dans certaines circonstances, circonstances que la guerre devait, hélas, multiplier, amène l'individu à attenter à son intégrité corporelle, est encore classique. En 1914, dans un volume de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine, consacré à la *Psychophysiologie de Gall*, il indique comment la phrénologie, malgré ses erreurs grossières et ses anticipations naïves, inspira d'une part le penser anatomique et physiologique des créateurs de la science neurologique la plus positive, et d'autre part suscita la réforme de la psychologie en niant l'existence de la mémoire comme faculté indépendante. La même année parut son ouvrage capital sur la *Conscience morbide*. Il y édifie sa doctrine de l'irréductibilité foncière des processus mentaux de l'aliéné aux processus mentaux de l'homme normal, les premiers étant de par leur nature même incapables de toute socialisation, c'est-à-dire inaptes à toute conceptualisation discursive et partant incommunicables à autrui. Par là, il faisait bénéficier la psychiatrie des conquêtes relativement récentes de la sociologie et il mettait en lumière le fondement d'une vérité intuitivement sentie par les premiers observateurs qui appelèrent « homme autrement fait que les autres », alienatus, le malade mental. Le

cataclysme européen qui éclata vers cette époque imposa un certain retard à la divulgation de ces idées nouvelles. Mais elles se propagent de plus en plus comme en fait foi la deuxième édition de l'ouvrage, qui vient de voir le jour récemment et qui contient en outre une conférence faite par l'auteur à la demande du professeur Claude, à la Faculté de Médecine de Paris, en 1925, sur la *Psychologie pathologique et la Sociologie*.

En 1924, parurent dans le second volume du *Traité de Psychologie*, publié par notre collègue Georges Dumas, deux articles des plus originaux écrits depuis longtemps, l'un sur *les Volitions*, l'autre sur *la Personnalité*. Dans le premier, la volonté est considérée sous un jour tout nouveau, qui montre que comme la raison, elle vient à l'individu, du milieu social. Dans le second, après une analyse du mien, du corps, du moi, du je, on trouve une critique de l'insuffisance de toutes les théories qui veulent prouver que la personnalité pensante est une réalité psychologique autonome, tirant d'elle-même l'essentiel de ce qu'elle est. Sans approuver catégoriquement les sociologues, qui ne reconnaissent à la pensée d'autre origine que les données sociales, l'auteur apporte maints arguments qui prouvent le rôle indispensable et énorme du milieu collectif dans la genèse de la personnalité. La même année, une brochure sur la *Psychanalyse* fit la démonstration des tares essentielles du freudisme, conception construite à l'aide de coq-à-l'âne sur des vérités garanties par des malades mythomanes ou des sujets suggestibles.

En 1926, un opuscule de la Culture Moderne sur la *Mentalité primitive*, inspiré par la piété filiale envers Lévy-Bruhl, exposait avec concision et clarté les traits distinctifs de la pensée mystique et prélogique de l'humanité la moins civilisée.

Enfin, dans un petit volume de la Collection Armand Colin, paru il y a quelques semaines, sur *l'Introduction à la Psychologie collective*, sont réunies les conférences faites en 1926, lors d'une mission scientifique à travers l'Amérique du Sud. Il y est prouvé par de nombreux exemples que partout et toujours, aussi

bien dans la vie intellectuelle que dans la vie affective, dans la spéculation que dans l'action, l'esprit est immuablement pénétré d'influences collectives. Il y est conclu que la psychologie ou science de l'activité et des fonctions mentales, pour être complète doit envisager trois ordres de recherches : les unes correspondant à la psychologie spécifique pour étudier ce que l'homme doit à son organisation spécifique, les autres correspondant à la psychologie collective pour étudier ce qu'il doit à son milieu social, les dernières correspondant à la psychologie différentielle pour étudier ce que les individus doivent aux particularités respectives de leur physiologie et de leur existence sociale.

Il me suffira d'énumérer simplement quelques-unes des publications faites seul, ou avec quelques collaborateurs, avec son Maître Deny notamment, devant diverses sociétés, ou dans l'*Encéphale* et le *Journal de Psychologie* : Débilité mentale et Délire d'interprétation, Paranoïa et hallucinations, Apraxie et aprosexie, Interprétations et réactions de défense, La Documentation psychiatrique dans l'intelligence de Taine, Un article anglais : The Morbid Mind dans *Psyche*, 1926, Un article espagnol : Critica de lo Inconsciente Freudiano dans *La Nacion*, 1926.

Pour conclure, M. Charles Blondel, novateur en psycho-pathologie générale, par l'application qu'il y apporta des méthodes et des données sociologiques, est également clinicien. C'est pour cela qu'avec lui, comme on le vit l'an dernier au Congrès de Blois, les discussions ne risquent pas de s'évader dans le vide des théories. Il est le premier à mettre en garde contre les mirages du langage philosophique, contre le danger de prendre des métaphores pour des réalités, de croire, par exemple, que l'élan vital de Bergson soit un élément biologique, ou que son intuition soit un instrument de connaissance positive ; en un mot, il est le premier à dénoncer la confusion de la métaphysique avec la science. De même, il ne cesse de réfréner la précipitation des rapprochements hasardeux entre les découvertes de la psychosociologie et celles de la clinique psychiatrique, préci-

pitation qui aboutit à prendre des procédés de description pour des procédés d'explication : telle l'erreur qui fait de la mentalité du psychopathe inéluctablement réfractaire à toute représentation collective, une régression pure et simple à la mentalité du primitif qui, elle, est aussi apte aux représentations collectives que la mentalité de n'importe quel civilisé moderne.

Vous estimerez donc, avec votre commission, que pour toutes ces raisons, l'absence d'un tel collègue dans une Société dont la raison d'être est précisément l'étude de la science où il excelle, constitue un vide que le moment est venu de combler.

A la suite de ce rapport, M. Blondel est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

La vertu pathologique

En commémoration de la naissance de Taine

Par Paul COURBON

La Société médico-psychologique ne saurait laisser passer la célébration du Centenaire de la naissance de Taine, sans consacrer quelques instants à la pensée de celui qui fut l'un des premiers à utiliser les données de la pathologie mentale pour l'explication du mécanisme de l'intelligence. C'est pour cela que je me suis proposé de méditer avec vous, en évoquant notre expérience psychiatrique, cette sentence fameuse de l'illustre disparu : « La vertu et le vice sont des produits comme le sucre et le vitriol (1). »

Rappelant à notre mémoire la phase prodromique de la maladie de certains aliénés, nous trouverons qu'elle fut signalée par des actes qui, qualifiés vertueux par

(1) Histoire de la littérature anglaise.

leur entourage et parfois même sanctionnés comme tels par les pouvoirs publics, n'eurent en réalité d'autre fondement que les atteintes initiales d'une psychose. C'est l'ensemble des conditions psycho-pathologiques de ces cas que l'on peut désigner « vertu pathologique ».

Considérer de ce point de vue abstrait les réalités concrètes de la Clinique, c'est rendre un premier hommage au Maître qui s'écriait avec enthousiasme : « Abstraction ! faculté magnifique, source du langage, interprète de la nature, mère des religions et des philosophies, seule distinction véritable qui selon son degré sépare l'homme de la brute, et les grands hommes des petits ! » Illustrer ces considérations d'exemples tirés de l'iconographie de nos cathédrales et de nos musées, ce sera ajouter un second hommage pour l'auteur de cette magnifique Philosophie de l'Art. Taine aura été honoré et comme philosophe et comme artiste.

Dans une première partie, nous nous efforcerons de définir la vertu véritable, celle que les sociétés civilisées célèbrent comme une des conditions de leur développement et d'indiquer les principales formes qu'elle revêt. Dans une seconde partie, nous étudierons la vertu apparente des malades mentaux, ou vertu pathologique, ainsi que ses différentes formes.

LA VERTU

La vertu, celle de l'homme valide, disposant de toutes ses facultés psychiques, est l'aptitude à faire le bien en résistant au mal. Pour qu'il y ait vertu, il est obligatoire qu'il y ait lutte, car, ainsi que le dit de Bonald, celui qui n'a pas à combattre ses penchants pour bien faire est innocent plutôt que vertueux.

Une telle définition n'est pas arbitraire, car elle résulte des réponses que l'on obtient quand on interroge les linguistes qui ont dénommé la vertu, les moralistes qui l'ont décrite et les artistes qui l'ont figurée.

Les termes grec *ἀρετή*, latin *virtus*, français *vertu*, anglais *virtue*, allemand *Tugend*, etc., signifiant à la fois vertu, courage et force, évoquent l'idée de combat.

Pour les moralistes, la vertu est une résistance au vice. Mais pour les anciens, surtout pour Socrate et Platon, elle est plus l'œuvre de la science que de la volonté : ἀρετή ἐπιστήμη. Personne n'est méchant volontairement : οὐδείς κακὸς ἐκὼν. Néanmoins, d'après les mêmes auteurs, les fautes, quoiqu'étant des maladies plutôt que des volitions, doivent être expiées dans la souffrance. La liberté de la volonté et l'habitude sont pour Aristote les conditions de la vertu qui consiste à développer l'activité intellectuelle. Etre vertueux, c'est d'après les stoïciens et Sénèque vivre suivant la raison, c'est-à-dire la nature. Cette importance accordée à la raison et à la science dans la morale gréco-latine s'explique parce qu'elle ne s'adressait qu'à une élite instruite et cultivée.

La morale chrétienne faite tout d'abord pour des masses incultes et ignorantes donne le principal rôle à la volonté et n'admet plus le sophisme que vivre selon la raison, c'est vivre selon la nature. La pensée des moralistes occidentaux, même affranchis du joug de l'Eglise, est habituellement conforme à cette doctrine. Les passions dominées sont les vertus, dit Pascal. La vertu est une conquête de la volonté sur la nature, spécifie Kant. C'est sous quelque face qu'on la considère un sacrifice de soi, avait écrit Diderot, confirmé par cette phrase de J.-J.-Rousseau : C'est un état de guerre et pour y vivre, on a toujours quelque combat à rendre contre soi. Lamennais la définit une obéissance des sens. Elle est si difficile, explique Lacordaire, que nous l'avons appelée vertu, c'est-à-dire la force par excellence. Enfin Taine lui-même déclare qu'il faut l'entendre par la volonté réfléchie de bien faire et l'obéissance raisonnée au devoir.

Ainsi comprise comme une victoire de l'individu sur lui-même, la vertu a reçu des noms différents suivant les obstacles qu'elle a à vaincre. Les vertus cardinales sont celles que l'homme a le plus fréquemment l'occasion d'exercer : ce sont la Sagesse, le Courage, la Tempérance et la Justice. Platon qui les appelait les premières et les plus grandes disait que la Sagesse était la vertu de l'intelligence du νοῦς, le Courage la vertu du

sentiment du θυμος, la Tempérance la vertu de l'instinct de l'επιθυμητικον, la Justice la vertu de l'harmonie entre les trois précédentes. — Les vertus théologiques sont celles qui sont nécessaires pour maintenir la conception orthodoxe de Dieu, ce sont la Foi, l'Espérance et la Charité. — Les vertus chrétiennes sont celles qui sont nécessaires pour vivre selon l'idéal du christianisme, ce sont, outre les sept vertus ci-dessus : la Patience, la Douceur, la Paix, la Chasteté, l'Obéissance, l'Humilité, la Pauvreté. Mais la liste n'est pas épuisée. Il est des vertus spéciales à chacune des circonstances de la vie sociale, des vertus civiques, militaires, professionnelles, etc., correspondant aux sacrifices spontanés de l'individu pour l'utilité réelle de la collectivité.

La Vertu n'a pas seulement été décrite ; elle a été dessinée, peinte, sculptée. De la sorte, les illettrés apprirent à la connaître. Moins maniables et par conséquent plus difficiles à conserver que des tablettes, parchemins ou livres, surtout lorsqu'elles étaient taillées dans la pierre et laissées en plein vent, ces images ont malheureusement disparu en grand nombre sous les injures du temps, des bêtes et des gens. Quelques-unes sont restées néanmoins et surtout celles des enluminures de manuscrit. De leur ensemble, on peut conclure que pendant toute l'époque où l'art plastique voulut jouer un rôle éducateur, la Vertu fut représentée avec une mimique contractée et décelant l'effort, ou ornée d'attributs évoquant le combat. Elle perdit ce caractère à mesure que, sous l'influence des progrès techniques de l'art, le souci esthétique domina le souci moralisateur de l'artiste.

Chez les Grecs et les Romains où ce dernier souci fut toujours minime, elle eut néanmoins pour symboles : des palmes, des lauriers, des piques, des couronnes.

Par contre, au Moyen-Age, dans les miniatures des missels comme dans la statuaire des cathédrales, les Vertus sont de vraies guerrières plus ou moins farouchement équipées. Cette iconographie est inspirée de Tertullien qui avait préconisé la représentation matérielle de la lutte des Vertus et des Vices. Un érudit espagnol du iv^e siècle, Prudence, avait développé cette

suggestion en un poème latin intitulé « Psychomachie » qui fut le guide de nombreuses générations de peintres et de sculpteurs par toute la chrétienté.

L'un des albums les plus riches en Vertus belliqueuses est l'œuvre d'une abbesse du Mont-Saint-Odile du XII^e siècle, Herrade de Landsberg, qui, sous le nom d'*Hortus Deliciarum*, rédigea et illustra la somme des connaissances profanes et sacrées à enseigner aux religieuses de son couvent. Taine, lors de sa retraite sur la célèbre montagne, a certainement eu en main l'original qui fut brûlé par les obus allemands en 1870, et la bibliothèque de Strasbourg n'a, hélas ! plus maintenant que des reproductions.

Sur les églises romanes, les Vertus grimacent aussi féroceement. Aux chapiteaux de Notre-Dame-du-Port de Clermont-Ferrand, ce sont de vraies furies, et celles de l'Abbaye d'Aulnay en Saintonge ne sont pas plus engageantes.

Ce n'est qu'à partir du XIII^e siècle avec le gothique, alors que le sculpteur commence à observer directement la nature et à acquérir la maîtrise de son ciseau, que les Vertus des cathédrales perdent leur mimique rébarbative. A Notre-Dame de Paris, à Chartres, à Amiens, elles ont une attitude apaisée, consentent même à s'asseoir et ne sont plus reconnaissables qu'à leurs emblèmes. Pourtant à Strasbourg, elles gardent leurs lances et leurs rictus.

Cette transformation est peut-être due en partie à l'influence de la douce pensée du bon saint François d'Assise (1) qui avait parlé de la Vertu avec la galante ferveur d'un chevalier parlant de sa maîtresse. Il ne faut pas oublier néanmoins que le mouvement avait commencé avant la naissance de l'humble moine. Les Vertus des chapiteaux de l'ancienne abbaye de Cluny ont des corps alanguis d'adolescents efféminés. Leur vue n'évoque guère la description des austères moralistes chrétiens, elle rappelle davantage la phrase du sceptique Montaigne exigeant que la Vertu ait « une qualité plai-

(1) COURBON. — St-François d'Assise et la psychiatrie. (*Annal. Médico-Psychologiques*, janvier 1927).

sante », ou celle du mondain Philinte qui la veut « traitable ». Elles ont certainement joué un rôle provocateur, ces figures équivoques, dans l'indignation de saint Bernard contre la décoration des maisons de Dieu où « seul l'esprit a le droit d'entrer, la chair point » !

Avec les progrès du réalisme au ^{xiv}^e siècle, du pittoresque au ^{xv}^e et des acquisitions païennes à la Renaissance, la Vertu fut de moins en moins une source d'inspiration, et quand elle inspira l'artiste, ce fut uniquement pour lui être prétexte à montrer sa virtuosité ou son talent ; il ne s'efforça plus d'exprimer les idées morales qui la constituent. Telles sont les Vertus théologiques de Michel Colombe du tombeau de Poucher ; les Vertus cardinales de la châsse de sainte Geneviève, par Germain Pilon ; de l'Unique Vertu qui, à elle seule, porte les quatre attributs sur le sarcophage que Diane de Poitiers, fit élever, à Rouen, à son mari de Dreux-Brezé. Et l'absence de toute intention éthique dans la pensée du sculpteur est prouvée par l'histoire du support funéraire que Germain Pilon fit à la demande de Catherine de Médicis, pour contenir le cœur d'Henri II. Le coffret repose sur la tête de trois porteuses dont la nudité opulente entrebaille généreusement les voiles qui s'efforcent de la cacher sous leurs souples enroulements. Appelées d'abord les trois Grâces, elles furent baptisées les trois Vertus théologiques, pour obtenir l'accès de la chapelle des Célestins. Près d'un siècle plus tôt, en Flandre, lors de fêtes somptueuses données à l'avènement d'un duc et que décrit Taine, les Vertus du cortège s'étaient humanisées au point de prendre part aux danses et aux ripailles.

Au ^{xvii}^e et au ^{xviii}^e siècles, il était d'usage, le jour de l'enterrement, d'entourer le catafalque des décédés illustres, de statues de plâtre représentant toutes sortes d'allégories en rapport avec les fonctions exercées par le défunt : la Fidélité, la Guerre, l'Amour, la Patrie, ainsi que l'une ou l'autre des Vertus. Parfois, des maîtres de la sculpture coulèrent en bronze ou taillèrent en marbre ces monuments qui nous restèrent. C'est ainsi que le Louvre possède des Vertus par François

Anguier, sur le tombeau des Longueville ; par Coyzevox, sur le tombeau de Mazarin ; par Pierre Sarrazin, sur celui du Cardinal de Bérulle. Pajou mit la Prudence, la Charité et la Fidélité sur celui de Marie Leczinska. Mais sans un commentaire écrit des intentions de l'auteur, il serait presque toujours impossible, sur tous ces monuments, d'identifier l'une quelconque des Vertus.

Il n'en est pas moins vrai que, comme nous l'avons affirmé, tant que la foi et la mission d'instruire le spectateur animèrent les imagiers, et ce fut le cas pour ceux qui ornèrent les cathédrales, ces bibles des illettrés, la Vertu fut représentée combattante, contractée par l'effort, ou flanquée d'emblèmes belliqueux.

De cette reconnaissance précipitée à travers les morales et les arts pour définir la Vertu, se dégage une conclusion que résumant très bien deux lignes écrites par l'un des nôtres, notre président de l'an prochain M. Pierre Janet dans un petit Manuel qui fut très précieux aux candidats au baccalauréat de Philosophie de ma génération : « Le mérite d'un homme est en raison de la difficulté et de la valeur intrinsèque de l'acte qu'il accomplit. Et quand le mérite est habituel, il prend le nom de vertu. »

En d'autres termes, être vertueux, c'est agir conformément à la morale, ce code des conventions qui selon la parole de Sollier (1) règlent les devoirs de l'homme en société. Et cette morale commande le sacrifice individuel à un idéal collectif. La vertu véritable, celle de l'homme sain d'esprit, peut se définir l'aptitude habituelle à se conduire conformément à la morale, en consentant à un sacrifice personnel.

LA VERTU PATHOLOGIQUE

La Vertu pathologique est l'aptitude à accomplir fortuitement des actes conformes extérieurement à la morale, mais en cédant uniquement à des impulsions pathologiques, sans consentement valable à un sacri-

(1) SOLLIER. — *Morale et Moralité* (Alcan).

fice personnel. Ce n'est donc qu'une fausse Vertu. Elle n'a que le masque de celle-ci, dont il lui manque les réalités internes.

On la rencontre rarement dans une tenue assez correcte pour qu'elle fasse illusion, car le débraillé ou l'extravagant que lui imposent d'ordinaire les circonstances de sa naissance la trahissent rapidement. Cependant, il arrive qu'elle puisse tromper et simuler si bien l'autre que le public la prend pour elle. C'est de ce cas qu'il est ici question.

Cela se réalise parfois à la période initiale de certains délires où la réticence est encore grande et de certains affaiblissements démentiels où, malgré une atteinte considérable du jugement et de la mémoire il y a conservation des automatismes idéatifs et de la rhétorique (1). Chez de tels malades (2), l'habitude continue à faire jouer les mécanismes qui, intelligemment montés au cours de l'existence saine, continuent selon l'expression de Bergson, à assurer une réponse convenable aux diverses interpellations de l'actualité.

Pour démontrer cette affirmation, nous allons passer en revue les principales vertus identifiées par les moralistes de la civilisation occidentale. Et ce faisant, pour ne pas séparer l'esthéticien du philosophe dans cet hommage que nous prétendons rendre à Taine, nous rappellerons brièvement l'emblème artistique de la vertu considérée, avant de montrer son éclosion à l'aurore d'une psychose.

Le courage. — Vertu du *θυμος*, c'est-à-dire des passions nobles de Platon, *Fortitudo* des Latins, c'est l'aptitude à résister à la peur et à la souffrance. Il constitue donc la force par excellence. Comme attributs une massue, un lion, un bouclier, une épée, un casque ; au Moyen-Age on le représentait encore par un homme qui étrangle un monstre ; Botticelli l'incarne dans une femme robuste et sereine assise sur un trône ; les Ita-

(1) COURBON et BAUER. — Apparence d'auto-critique par conservation de la rhétorique dans la démence. *Soc. de psychiatrie*, fév. 1924.

(2) COURBON. — Psychologie de la vieillesse. *Journal de psych.*, 1927.

liens à la Renaissance lui donnèrent une colonne pour emblème.

Le courage véritable comporte la connaissance du danger couru, comme le prouve cette exclamation de l'un des maîtres en la matière, ce maréchal de l'Empire, fameux par son indomptable intrépidité : « Quel est donc le Jean Foutre qui dit n'avoir jamais eu peur ! » Or cette connaissance du danger manque le plus souvent chez le héros par maladie.

J'avais, pendant la guerre, recueilli un assez grand nombre d'observations fort typiques de courage pathologique que j'ai malheureusement égarées ! Je ne me souviens que de celles-ci :

Un territorial évacué sur le Centre Neurologique de Lyon pour fatigues deux mois après avoir reçu la croix de guerre, avec citation extrêmement élogieuse relatant des prouesses de bravoure, se révéla paralytique général avec mégalomanie, affaiblissement de la mémoire et réactions biologiques positives. — Un autre soldat évacué pour neurasthénie en 1917, déséquilibré constitutionnel avec instabilité et fétichisme m'avoua que la croix de guerre obtenue en 1915 parce qu'il était entré le premier dans un château en traversant un tir de barrage, il la devait à l'appât de la lingerie féminine qu'il supposait enfermée dans cette riche demeure. Il l'y trouva effectivement et s'en étant emparé, il enfilait au cantonnement sous son pantalon militaire un pantalon féminin à rubans et à dentelles, auquel il devait les seules voluptés dont il fût capable. Pendant sa marche à la conquête de ces frères bannières, la notion du danger couru avait été primée par celle des jouissances qui l'attendaient derrière la pluie d'obus.

On conçoit aisément que les états d'exaltation dynamique du début de la manie ou de la paralysie générale, états d'ailleurs comparables à ceux que l'homme normal recherche en buvant de l'alcool déterminent des actes de témérité pris pour du courage. De même le suicide d'un mélancolique peut paraître héroïque.

La sagesse. — Vertu du *vous*, de Platon, c'est-à-dire de l'esprit, *Prudentia* des Latins, c'est l'aptitude au savoir

et la capacité de se conduire dans les diverses circonstances de la vie.

Son symbole chez les Egyptiens est un serpent à trois têtes, de chien, de loup et de lion. Chez les modernes, c'est un miroir. Les Grecs lui donnaient une tête à deux visages adossés, l'un de jeune femme, l'autre de vieil homme.

L'exaltation dynamique dont nous venons de parler peut stimuler une intelligence obtuse de naissance ou émoussée par une autre maladie au point de lui arracher un rendement insoupçonné.

On sait par exemple qu'au cours de l'involution mentale physiologique de la vieillesse, la paresse normale de la mémoire et l'indifférence caractéristique (1) des gens trop âgés, disparaissent parfois merveilleusement lors d'un accès de manie. Cela se voit bien chez les cyclothymiques. Ces cas conduisent à une hypothèse concernant la mésaventure de Sophocle qui, âgé de plus de 80 ans fut l'objet d'une demande d'interdiction pour cause de démence de la part de son fils, et obtint le rejet de la demande, en lisant aux juges des passages d'*Œdipe à Colone* qu'il était en train de composer. Ce chef-d'œuvre serait-il celui d'un vieillard hypo-maniaque ? Mais je suis le premier à reconnaître ce que cette supposition a d'aventureux.

En voici une autre qui n'est pas de moi. Je l'ai entendu soutenir chez mon regretté maître le professeur Gilbert Ballet, par un médecin des Hôpitaux de Paris, à propos d'un de ses collègues qui, à la veille d'être interné comme paralytique général avait écrit et publié un ouvrage de pathologie remarquable, alors que pendant tout le cours de son existence, il n'avait jamais rien produit. Ce médecin soutenait, sans être contredit par le professeur, que le défunt devait à sa paralysie générale commençante le sursaut d'énergie qui lui permit son unique création.

Maintenant j'apporte un fait plus convaincant que je tiens de notre collègue M. René Charpentier. Etant chef

(1) COURBON. — *Loc. cit.*

de Clinique du professeur Joffroy, il observa avec lui, un enfant myxœdémateux qui mourut d'une paralysie générale confirmée par l'autopsie. Or, à la faveur de l'excitation intellectuelle produite par l'installation de la méningo-encéphalite diffuse cet enfant jusque-là réfractaire à toute instruction se mit à apprendre à lire, puis s'effondra dans la démence au fur et à mesure du progrès de ses lésions cérébrales.

Le mot *prudentia* est quelquefois traduit prudence au lieu de sagesse. Faisons donc remarquer qu'assez souvent la méfiance du paranoïaque et les hésitations du psychasténique ont les allures de la prudence.

La tempérance. — Vertu de l'ἐπιθυμητικόν, c'est-à-dire des passions viles de Platon, *Temperentia* des Latins, c'est l'aptitude à modérer les désirs, à éviter les excès.

Les anciens la représentaient par une femme au calme visage avec une urne renversée, d'où coule une eau toujours prête à diluer le vin. Au Moyen Age, on lui met un mors dans la main.

Il n'est pas rare que le renoncement aux parties fines et aux ripailles d'un débauché habituel soit le prélude d'une dépression qui ira jusqu'à la mélancolie, ou ait pour fondement le désintérêt symptomatique d'une démence précoce. Certaines conversions saluées avec enthousiasme par les familles sont en réalité des signes d'alarmes : telles restrictions alimentaires interprétées par une mère pieuse comme un retour de son fils aux pratiques du jeûne ne sont que le début d'une sitiophobie démentielle ou délirante.

La justice. — Vertu qui d'après Platon veille à l'harmonieux développement des trois précédentes, *Iustitia* des Latins, c'est l'aptitude à rendre impartialement à chacun ce qui lui est dû.

Elle est figurée par une femme à l'aspect sévère et aux yeux bandés tenant des balances et un glaive ou une hache, ou des faisceaux.

Très souvent, le délire de revendication, surtout lorsque la cause poursuivie est fondée, se présente comme une croisade pour la Justice.

Il est infiniment plus rare que le premier acte d'un persécuté ait l'air d'un hommage *désintéressé* à la Justice. J'ai vu cependant ce cas et je l'ai rapporté sous ce titre : Découverte et châtement tardifs de deux criminelles après dénonciation de l'une par réaction de défense de l'autre devenue aliénée (1). Il s'agissait de deux femmes dont l'une toute jeune s'était fait avorter pendant la guerre avec la complicité de l'autre plus âgée. Le hasard voulut que par suite de leurs mariages, elles allassent habiter le même village. Elles s'y brouillèrent à la suite de scènes fréquentes, généralement provoquées par la complice qui adressait à l'autre toute espèce de reproches injustifiés. Finalement, une dizaine d'années après le crime, celle-là le dénonça au tribunal, sans mentionner, bien entendu, le rôle qu'elle y avait joué. Une première plainte n'ayant pas été prise en considération, elle récidiva précisant le lieu d'enfouissement du fœtus. Il y eut enquête, arrestation d'abord de la fille-mère, ensuite de la dénonciatrice qui depuis très longtemps vivait barricadée chez elle par peur de l'autre dont elle se croyait persécutée. Devant la cour d'assise, la délation parut si odieuse que l'infanticide fut condamnée à une peine moins forte que sa complice. Dès les premiers jours de la réclusion de celle-ci, les bizarreries de sa conduite firent appeler auprès d'elle un médecin qui aisément diagnostiqua le délire.

La foi. — Vertu que les chrétiens ont identifiée en l'appliquant aux enseignements de l'Eglise, c'est l'aptitude à croire en la vérité de ce que vous dit autrui ou de ce que l'on pense soi-même.

Elle est représentée par une femme debout, les yeux voilés, portant un flambeau, et ayant, comme dans le tableau de Solario, un œil ouvert sur la poitrine. A la cathédrale de Chartres, elle a un calice pour emblème.

Je me garderais bien d'en discuter sur le terrain religieux par respect des convictions d'autrui. Je me can-

(1) Société de psychiatrie, mai 1925.

tonnerai sur le terrain profane où d'ailleurs je me sens fort mal armé pour une démonstration concise, la question étant presque celle de la croyance. Ma seule prétention est de montrer que l'inébranlabilité de la foi d'un individu en un objet donné, peut-être le seul signe apparent de sa psychose.

C'est un peu ce que l'on remarque chez quelques affaiblis intellectuels qui sont la dupe de leur suggestibilité. C'est ce que l'on constate avec plus de netteté chez certains inventeurs qui se ruinent en croyant à la valeur de leurs imaginations. C'est ce qui est d'une évidence incontestable dans l'idée fixe post-onirique de Régis que Delmas appelle le délire d'évocation. Certains sujets, après guérison d'un accès d'onirisme dont ils avouent que les scènes hallucinatoires étaient de nature morbide, continuent néanmoins à croire, pendant quelquefois des années, qu'un des épisodes de ces scènes ne fut pas hallucinatoire et correspondait à la réalité.

Comment caractériser théoriquement la foi pathologique ? Elle me semble manquer de l'un ou de deux des éléments qui se rencontrent dans la foi de l'homme normal : l'élément rationnel et l'élément social.

L'élément rationnel de la foi de l'homme normal consiste dans ce fait qu'il y a plus ou moins intervention de la raison avant tout acquiescement. Elle intervient tout au moins pour signer elle-même son abdication, et cela même en matière religieuse : *credo quia absurdum*, clame saint Augustin ; la dernière démarche de la raison est de reconnaître qu'il y a des choses qui la dépassent, précise Pascal ; la foi c'est une obéissance de la raison, insiste Lamennais. L'élément social de la foi de l'homme normal réside dans ce fait qu'elle se fortifie sur la foi d'autrui. La croyance, dit M. Pierre Janet, est une conduite sociale. Or l'aliéné croit sans raisonner et sans tenir le moindre compte de l'opinion de la collectivité. Aucune démonstration, si unanimement admise soit-elle par toutes les personnes qui l'entourent, n'ébranle les convictions spontanément écloses dans l'esprit du délirant.

L'espérance. — Vertu chrétienne, mais divinité païenne, sœur de la Mort et du Sommeil et fille de la Nuit, c'est l'aptitude à croire à la réalisation de ce qu'on souhaite.

Les Grecs lui donnent les traits d'une jeune femme portant des fleurs et relevant le bas de sa robe pour mieux courir. Au Moyen Age et à Notre-Dame de Paris, elle a un étendard pour emblème. Mignard lui élève le regard et pose son bras sur un ancre. Thorwaldsen lui met une grenade ouverte dans la main. Voici l'image que Bossuet peignit d'elle dans son sermon sur sainte Thérèse : «..... comme les personnes agiles, pourvu qu'elles puissent appuyer la main, porteront après aisément tout le corps, ainsi l'espérance, qui est la main de l'âme par laquelle elle s'étend aux objets, sitôt qu'elle est appuyée sur Dieu, elle est si forte et si vigoureuse qu'elle y enlève après l'âme tout entière ».

L'espérance n'est-elle toujours qu'une illusion comme le veut Aristote qui la définit : le songe d'une personne éveillée ? Peut-être. Mais nous savons, psychiatres, que pour sauver l'homme des misères de la vie, certaines illusions sont plus puissantes que les réalités (1).

Dans tous les cas, l'espérance de l'aliéné se distingue de celle de l'individu normal par la constante croissance de son intensité. Tandis que la seconde se rallume et s'éteint au souffle des vraisemblances et des invraisemblances de succès, la première flambe toujours de plus en plus belle en dépit des cendres et de l'eau que lui verse l'expérience.

Cette espérance est celle des délirants et des revendiquants. Elle anima toute l'existence d'une vieille fille érotomane qui mourut à 60 ans après dix ans d'internement, laissant un curieux document de son immunité au désespoir. Du lendemain de son entrée à la veille de sa mort, elle consacra plus de la moitié de ses journées à écrire des déclarations amoureuses et à fixer des rendez-vous à son prétendu mari clandestin

(1) COURBON. — Psychiatrie et chirurgie. *Annales Médico-Psych.*, 1926.

qui n'y répondit jamais. Pour exprimer sa tristesse elle noircissait les feuilles (1) par une calligraphie élégante, menue et serrée, entrecroisant les lignes, si bien qu'il était impossible de rien déchiffrer sans la loupe. Ces funèbres guirlandes de cris d'amour éternellement répétés et pas une seule fois écoutés, elle les tissa sur des centaines de pages. En les lisant, on croit entendre les échos d'une espérance qui voulut bien prendre le deuil, mais qui ne consentit jamais à mourir.

La charité. — Vertu essentiellement chrétienne, Aristote cependant la décrit sous le nom d'amitié ; c'est l'aptitude à se dévouer pour autrui.

On la représente par une femme secourant des malheureux.

Les générosités du paralytique général (2) ne sont que sa caricature, car, loin de songer à se restreindre pour les autres, il croit ses richesses inépuisables. Celles du mélancolique qui se prive, lui ressemblent davantage. Mais la conduite la plus conforme à l'idéal de la charité chrétienne est celle de ces pseudo-déments sur lesquels j'attirais l'attention de la Société médico-psychologique, il y a 2 mois, malades qui, malgré l'incohérence intellectuelle la plus absurde, dépensent à l'égard de leurs compagnons malheureux un dévouement presque sublime et merveilleusement efficace.

La pauvreté. — Vertu chrétienne, c'est le renoncement aux richesses temporelles.

On la représente avec des ailes et un fardeau qui entrave leur essort, ou comme une mendiante résignée.

Que de psychoses avant d'être identifiées et de conduire le sujet à l'asile font de lui un vagabond vivant d'aumône. Ce sont celles qui ne déterminent pas de réactions dangereuses ; cela le plus souvent à

(1) Leur photographie a paru dans un article sur « Stéréotypie symbolique d'une érotomane » à la page 133 du tome II de la *Revue neurologique*, 1923 et dans Sollier et Courbon. *Pratique sémiologique des maladies mentales*, Alcan, 1924.

(2) COURBON. — Valeur sémiologique de l'indifférence. *Encéphale*, 1912.

cause de la passivité constitutionnelle du sujet. La plupart de ces psychoses entrent dans le cadre de la schizoïdie.

La chasteté. — Vertu monacale, c'est le renoncement complet aux jouissances charnelles ; vertu chrétienne, c'est une limitation de ces jouissances aux conditions permises par la règle.

A la cathédrale de Chartres, elle a un oiseau environné de flammes pour symbole. Souvent les peintres la représentent à la façon de Sarto et de Rubens par une jeune mère au milieu de ses enfants.

Elle peut avoir des conditions pathologiques complexes que je me propose d'étudier un jour sous le nom d'érotophobie.

La persévérance, dont l'emblème est une couronne est contrefaite par la ténacité chez la plupart des délinquants à idées fixes. **L'obéissance**, dont l'emblème est le chameau agenouillé est contrefaite par la suggestibilité des débiles et des déments. **La douceur**, dont l'emblème à Chartres est l'agneau, la **patience**, dont l'emblème est le bœuf, la **paix**, dont l'emblème est l'olivier, l'**humilité**, dont l'emblème est la colombe, toutes vertus dont le nom est assez expressif, ont souvent été signalées chez des psychopathes où elles n'existaient pas. « Il est devenu trop doux, trop patient, trop paisible, dit-on d'un dément que plus rien n'intéresse. Il est d'une humilité parfaite, ajoute-t-on, pour expliquer sa tenue sordide. »

CONCLUSIONS. — La vertu d'après la morale occidentale est l'aptitude de l'homme à lutter contre son penchant au mal pour faire le bien ; c'est une victoire de l'homme contre sa nature concupiscente. Plastiquement, elle est représentée par la figure d'un être qui lutte ou signalée par des emblèmes évocateurs de combat. Très accusés dans l'iconographie des premiers siècles du Moyen Age, ces caractères de sa figuration ne se perdirent qu'insensiblement sous les progrès de la culture et de la technique des sculpteurs et des

peintres qui, devenus plus artistes que moralistes, visèrent davantage à faire beau qu'à instruire.

La vertu pathologique, c'est l'aptitude à faire des actes apparemment conformes à la morale, tout en cédant à des impulsions pathologiques ; c'est une obéissance de l'aliéné à sa nature morbide. Parfois de tels actes sont momentanément l'unique manifestation de la maladie mentale, et le public qui en méconnaît l'origine, les sanctionne de récompenses officielles. Aussi convient-il d'opposer à la phase médico-légale des psychoses pendant laquelle le malade méconnu est pris pour un criminel, leur phase édifiante ou vertueuse pendant laquelle il est pris pour un héros.

Taine affirmait que la vertu et le vice sont des produits comme le sucre et le vitriol. D'après lui, la race, le milieu, le moment sont les ouvriers de cette fabrication dont le tempérament individuel du sujet est la matière. Nous voyons qu'en modifiant cette matière, la maladie peut faire fabriquer des contrefaçons parfois assez bien réussies, de ces produits. On le savait depuis très longtemps pour le vice. On constate ici qu'il en est de même pour la vertu.

DISCUSSION

M. G. DUMAS. — Il est regrettable que M. Courbon ait égaré les documents recueillis pendant la guerre ; il aurait pu apporter plus d'exemples concrets, spécialement sur le courage pathologique. Beaucoup d'hommes illustres ou de saints se sont faits admirer pour des vertus pathologiques. Siméon le stylite se comportait comme un dément précoce.

On ne doit pas attribuer à Taine le mérite d'avoir utilisé en psychologie les données de la pathologie mentale. C'était déjà le point de vue de Cabanis, des magnétiseurs et de toute l'école médicale française du XIX^e siècle.

M. JANET. — M. Courbon soutient que la vertu demande plus d'effort que le vice, j'ai au contraire l'impression que beaucoup de malades recherchent la

vertu parce qu'elle est plus facile à réaliser que le vice.

La conduite vertueuse est quelque chose de connu, de réglé d'avance. alors que le vice demande de l'indépendance et de l'originalité.

D'autre part, la vertu est devenue pour beaucoup de gens quelque chose d'idéal, de spiritualiste, réalisé beaucoup plus par la pensée que par des actes. Une obsédée désolée par la conduite de son fils exprima le vœu que s'il devenait ordonné et correct elle ferait à Dieu le sacrifice de sa vie. Comme son vœu l'inquiétait, je lui proposai de le remplacer par le don immédiat d'une forte somme à une Eglise. Elle refusa vivement, la réalisation de l'acte ne la tentait pas.

M. DUMAS. — A l'appui de ce que vient de dire M. Janet, je constate que certains périodiques sont vertueux pendant les périodes de dépression et d'inertie ; pendant la phase d'excitation ils accomplissent des actes immoraux sans la moindre hésitation et sans remords. A. France a dit avec quelque exagération : « La vertu est comme les hiboux, elle ne niche que dans les ruines. »

M. COURBON. — Les malades de M. Janet qui ne sont vertueux qu'en théorie ressemblent aux gens normaux puisque, comme eux, ils sont soumis au « *video meliora proboque, deteriora sequor* ». Les miens sont différents, car ils pratiquent le bien sans le voir.

La séance est levée à 18 h. 30.

Le secrétaire,

P. GUIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 9 Juillet 1928

Encéphalite épidémique avec tremblement très accentué, par P. GUIRAUD et B. CAILLEUX. — Chez un encéphalitique, développement progressif d'un tremblement généralisé et très accentué qui a fait prendre le malade pour un simulateur. Ce tremblement présente les caractères essentiels du tremblement parkinsonien, sauf que les oscillations sont de très grande amplitude. Pendant quelques instants et en faisant un grand effort, le malade atténue en grande partie son tremblement qui prend alors les caractères du parkinson classique.

Encéphalite épidémique et palilalie, par P. GUIRAUD et B. CAILLEUX. — Présentation d'un encéphalitique chronique avec palilalie (répétition, tachyphémie, tendance à l'aphonie) inconstante et transitoire. Comparaison avec certaines stéréotypies des hébéphrénocatatoniques.

Automatisme ambulateur et parkinsonisme encéphalitique, par MM. G. PETIT et A. COURTOIS. — Homme de 42 ans, sans antécédents comitiaux. En novembre 1922, à Saïgon, il contracte une encéphalite épidémique à forme myoclonique et oculo-léthargique. Depuis 3 ans, troubles du caractère, périodes dépressives avec idées de suicide. Il y a un an, absences, vertiges, automatisme ambulateur diurne, morsures de la langue nocturnes. Aggravation depuis 6 mois du parkinsonisme qui rend toute activité professionnelle presque impossible. Disparition des phénomènes d'automatisme. Les auteurs insistent sur l'apparition de manifestations comitiales chez un parkinsonien encéphalitique âgé et leur disparition spontanée quand s'exagère la rigidité.

Hémiplégie et démence précoce, par MM. A. COURTOIS et C. POUFFARY. — Présentation d'un jeune hémimèle chez qui s'installe vers la puberté un syndrome hébéphrénique.

Délire de grossesse chez une débile, par R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU. — Jeune fille de 24 ans, débile, ayant présenté brusquement, il y a 16 mois, quelques jours après un rêve érotique, un délire de grossesse typique. Au bout de 5 mois, ayant subi l'opération de l'appendicite, la malade fit un délire d'accouchement. Ultérieurement se développèrent des interprétations délirantes, qui tendent actuellement à faire de cette malade une persécutée.

La malade vit dans un état de semi-conviction quant à sa grossesse, mais reste convaincue de la réalité de son accouchement multiple et du rapt de ses enfants par leur père présumé.

Les auteurs insistent sur l'apparition brutale de la bouffée délirante chez cette malade et sur l'élément intuitif que l'on peut invoquer pour en expliquer l'apparition.

Syndrome complexe. Erotomanie. Hypomanie. Délire d'influence, par R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU. — Femme de 42 ans, dont les troubles ont débuté il y a deux ans par des interprétations délirantes avec idées de persécution et d'influence, suivies de l'apparition d'un syndrome érotomaniacal qui prédomine. En même temps a évolué chez elle un syndrome maniaco-dépressif. Les auteurs, en rappelant qu'il s'agit d'une débile, insistent : 1° sur l'évolution parallèle des différents syndromes, ce qui leur permet de parler de psychose associée chez cette malade.

2° sur l'importance du facteur maniaco-dépressif qui déborde le cadre de l'hypomanie légère habituelle en pareil cas.

3° sur l'importance de l'élément intuitif dans l'apparition de ce syndrome érotomaniacal.

L'atrophie cérébrale dans la paralysie générale : les pseudo-kystes intracérébraux, par L. MARCHAND. — Outre l'augmentation des ventricules latéraux, outre les dépressions corticales en cupule, l'atrophie cérébrale peut se manifester dans la paralysie générale par des pseudo-kystes intracérébraux qui sont remplis de liquide céphalo-rachidien comme les ventricules latéraux. L'examen histologique montre qu'à la face interne de la cavité, il n'existe pas d'épithélium épendymaire ; il s'agit donc de pseudo-kystes compensateurs de l'atrophie cérébrale.

L. MARCHAND.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

COMPTE-RENDU DU XXXII^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Anvers, 23-28 juillet 1928)

I. RAPPORTS

A. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LA CATATONIE, par M. le D^r Paul DIVRY, professeur de psychiatrie à l'Université de Liège.

1^o HISTORIQUE

La catatonie, dont Kalbaum a donné en 1874 la première description précise-avait été depuis longtemps entrevue par les auteurs. Sa notion s'est ébauchée et précisée peu à peu.

Kalbaum a défini la catatonie « une maladie cérébrale qui affecte un cours cyclique variable, dans lequel les symptômes psychiques revêtent successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion et enfin de la démence. Cette affection comporte, comme manifestations essentielles, à côté des symptômes psychiques, des phénomènes du système nerveux moteur qui ont le caractère général de la crampe ». Il admet que cette affection a un pronostic relativement favorable. Il en fait une étude anatomo-pathologique ; mais sans aboutir à des conclusions bien nettes.

Deux notions importantes se dégagent de sa description magistrale. D'abord cette notion évolutive que la catatonie

est une affection essentiellement cyclique. Elle ne s'installe pas d'emblée et ne demeure pas semblable à elle-même dans le cours de la maladie.

En second lieu, l'importance énorme des troubles moteurs dans la symptomatologie de l'affection. C'est en raison de ces symptômes d'ordre moteur que Kalbaum donne à l'affection qu'il décrit le nom de catatonie, sans vouloir préjuger de la nature des symptômes et de la maladie.

La conception pourtant si nette de Kalbaum définie par le cours cyclique de la maladie et par les manifestations motrices qui en marquent les divers stades eut une destinée malheureuse. Elle fut successivement inconnue, méconnue et travestie. Les auteurs n'en parlèrent souvent que pour lui refuser toute autonomie ou la faire entrer dans leurs conceptions personnelles, et quand la démence précoce de Kræpelin aura conquis le monde savant, elle s'appropriera la catatonie, au point que celle-ci deviendra en quelque sorte le pivot de la démence précoce, dont elle représentera l'élément caractéristique.

La Psychiatrie française, à la suite de Séglas, place dès lors le syndrome catatonique sur un plan psychologique. Cependant que, toute une école, à la suite de Kleist, soutient le point de vue opposé : à savoir que les troubles moteurs catatoniques sont des troubles de la mobilité proprement dite.

Mais c'est surtout l'étude de l'encéphalite épidémique qui devait donner à la conception neurologique de la catatonie une impulsion nouvelle. Dès 1920, de tous côtés, se publient des observations montrant les analogies du syndrome moteur encéphalitique et du syndrome moteur catatonique et plusieurs thèses de Paris sont consacrées à ce sujet.

A partir de ce moment dans les autres pays, comme en France, deux courants d'opinion partagent les psychiatres. Les uns tendent à assimiler plus ou moins complètement les troubles moteurs extra-pyramidaux et catatoniques ; les autres s'opposent à ces tendances unifiantes et séparent les deux ordres de symptômes.



2° LE SYNDROME MOTEUR CATATONIQUE

Après cet historique d'une documentation si riche qu'on y voit revivre toute l'histoire de la psychiatrie depuis un siècle, le rapporteur étudie successivement chacun des éléments du syndrome-moteur catatonique.

Ce sont : 1° *La Stupeur*, symptôme qui ne prend de valeur qu'associé aux autres éléments du syndrome et caractérisé par l'absence ou le peu de manifestations motrices. *

2° *La Catalepsie* qui peut se définir un état particulier du système neuromusculaire dans lequel les muscles volontaires ont la propriété de recevoir et de conserver, d'une façon plus prolongée qu'à l'état normal, les divers degrés de contraction qu'on leur imprime.

3° *Les stéréotypies et la persévération motrice.* — a) Les stéréotypies d'attitude ou akinétiques qui sont tantôt cataleptiformes, tantôt accompagnées d'un certain état de tension musculaire, qui se traduit notamment par des attitudes crampiformes des doigts et des mains. A noter qu'on peut trouver en même temps, chez le même malade, dans des territoires musculaires différents, ici laxité cataleptique, là tension.

b) Les stéréotypies de mouvement ou parakinétiques, mouvements tantôt localisés et simples, plus souvent complexes rappellent les mouvements volontaires, mais avec quelque chose de bizarre ou d'altéré dans leur forme... Dans le domaine verbal, la stéréotypie peut se présenter sous la forme de la verbigération. Il faut y joindre le jeu musculaire alternatif, dysharmonique et asynergique des muscles du visage, des raideurs tétaniques des muscles survenant par poussée, les ondes de tension neuro-musculaire dans le domaine du facial.

c) La persévération motrice, dans laquelle on peut faire entrer la verbigération et les diverses formes d'itérations.

4° *Le Maniérisme* comporte la bizarrerie des gestes et des actes que l'on observe dans la catatonie. Kalbaum le décrivait comme « un pathétique spécial dans l'allure des malades, symptôme qui apparaît tantôt comme une exaltation théâtrale, tantôt comme une extase tragico-religieuse et qui confère à l'excitation catatonique une note particulière.

5° *La suggestibilité motrice.* — On range sous cette rubrique l'écholalie, l'échomimie, et d'une façon plus générale, l'échopraxie. On peut en rapprocher les phénomènes d'induction motrice qui poussent les catatoniques à inspecter leur entourage, à ébaucher des gestes furtifs, à nommer, hors de propos, tous les objets.

6° *Le négativisme* qui est l'opposition active que les malades offrent au changement de position ou d'attitude; opposition croissant parallèlement à la force déployée par le médecin. Le négativisme peut être associé à la sugges-

tibilité et se présenter sous une forme atténuée : l'indécision négativiste.

7° *Les hyperkinésies*. — On entend sous ce terme les mouvements monotones de l'agitation catatonique, très souvent rythmés et d'apparence plus ou moins automatiques (déplacement dans un espace restreint, accomplis sans aucun but apparent).

3° COMPARAISON, DU POINT DE VUE MOTEUR, ENTRE LE CATATONIQUE ET L'ENCÉPHALITIQUE

1° Dans l'*attitude générale du sujet*, dans les *mouvements actifs*, il y a bien des analogies entre eux. Mais chez l'encéphalitique, les mouvements s'accomplissent lentement en conservant, dans leur formule, la note de la raideur ; le catatonique ou bien se déplacera normalement, ou bien ne fera aucun effort pour se mouvoir, résistera aux mouvements qu'on pourra lui imprimer (négativisme) et finalement les accomplira aisément. Tandis que l'encéphalitique exécute les ordres dans la mesure de ses moyens moteurs, le catatonique négativiste ne les exécute pas à l'encontre de ses possibilités motrices. Chez l'encéphalitique, même s'il existe des kinésies paradoxales, certains territoires musculaires restent raides, d'où la perte des syncinésies automatiques, de la pseudo-adiadococinésie, la dyskinésie faciale, etc. qui ne s'observent pas chez le catatonique.

2° Dans les *mouvements passifs*, chez l'encéphalitique, on observe toujours un état particulier du tonus musculaire, une certaine rigidité qui même dans les cas discrets se révèle par la distraction musculaire, ou d'autres manœuvres maintenant classiques.

Chez le catatonique, il n'existe aucune anomalie musculaire, on trouve ou le relâchement, ou la contraction négativiste plus ou moins capricieuse et tenace.

Enfin l'encéphalitique ne présente pas, sauf dans la période aiguë, de catalepsie.

3° On peut voir dans l'encéphalite des *phénomènes d'itération* (palilalie, répétitions motrices) des mouvements stéréotypés automatiques, mais presque toujours leur simplicité, les apparences d'automatisme qu'ils offrent les distinguent des mouvements complexes, fantaisistes, bizarres, maniérés des catatoniques, mouvements auxquels on ne peut dénier une participation psychique. Le diagnostic est plus difficile chez les enfants, pendant la période aiguë de l'encéphalite.

4° Le tonus musculaire, augmenté dans l'encéphalite, est diminué dans la catatonie.

5° Les opinions ne sont pas encore concordantes sur les particularités du réflexe idio-musculaire dans les deux affections ainsi que sur les phénomènes pupillaires ; mais les phénomènes moteurs oculaires externes ou internes sont notablement plus fréquents dans l'encéphalite que dans la catatonie.

6° Les réflexes d'attitudes, de postures, exagérés dans l'encéphalite, ne sont pas modifiés dans la catatonie.

7° Les phénomènes myo-électriques de la catatonie auraient les caractères de ceux qui sont liés à la contraction volontaire.

L'étude de l'élimination de la créatine et de la créatine pas plus que l'étude de la chronaxie n'ont pas permis de faire une discrimination entre les deux affections.

3° PATHOGÉNIE DE LA CATATONIE

L'étude de la catatonie, à la lumière des troubles extra-pyramidaux, a remis en présence les deux tendances opposées d'interprétation pathogénique du syndrome catatonique.

Les uns ne voient dans celui-ci qu'un corollaire des processus psychiques, les autres pensent qu'il n'est qu'un syndrome extra-pyramidal, répondant à des processus infra-corticaux qui ne sont pas sous la dépendance du psychisme.

De l'étude clinique précédente, on peut conclure qu'une assimilation absolue des deux syndromes ne peut pas se défendre. D'une part, il y a dans la catatonie, deux symptômes qui ne permettent pas de la rattacher, au moins exclusivement, à un mécanisme extra-pyramidal, à savoir le négativisme et le maniérisme. D'autre part, dans les affections extra-pyramidales, on peut toujours mettre en vedette des troubles permanents de la fonction motrice, tandis que dans la catatonie, les phénomènes moteurs se greffent sur un appareil intrinsèquement intact, puisque capable, par ailleurs, d'un fonctionnement normal.

Cependant il existe certaines analogies entre les itérations, les hyperkinésies qu'on observe dans les deux syndromes. (contractions des muscles de la mimique, solirires, héli-solirires, etc...). En réalité notre conception des troubles moteurs catatoniques ne doit pas être trop univoque. Pourquoi ne pas admettre que la discordance, l'asynergie qui sont les traits psychologiques de la démence

précoce peuvent intéresser dans certains cas, et notamment dans la catatonie, d'autres domaines des fonctions nerveuses. Dans la sphère psychique, on observe, dans la catatonie, des phénomènes de blocage, de barrage, et des phénomènes d'excitation. On peut penser que les centres subordonnés peuvent être le siège des mêmes oscillations fonctionnelles. Des faits assez nombreux plaident en faveur de cette manière de voir et particulièrement l'inconstance et la variété des signes neurologiques de la catatonie. (Rigidité transitoire et déformation passagère des pupilles, phénomènes vaso-moteurs, états de tension transitoire dans des domaines plus ou moins vastes de la musculature), modifications transitoires de la chronaxie, modifications de l'excitabilité labyrinthique.

Dans la catatonie, le système nerveux, dans divers territoires, peut être le siège d'oscillations de l'étiage fonctionnel, tantôt dans le sens de l'excitation et notamment de la décharge brusque, tantôt dans le sens de l'inhibition ou plus exactement du barrage. On conçoit dès lors, en ce qui concerne le syndrome moteur catatonique, qu'à côté des phénomènes manifestement psychiques, on puisse y relever des manifestations tenant à l'excitation ou à la méiopragie transitoire de mécanismes normalement subordonnés à l'action du psychisme; que simultanément un territoire moteur donné puisse être dans un état de tension, alors qu'un territoire voisin se trouve dans un état de relâchement.

Le désordre moteur deviendrait aussi l'expression d'une sorte de dyspraxie, ou si l'on veut, d'asynergie globale de la fonction nerveuse, caractère fondamental de ces états tant au point de vue psychique, qu'au point de vue neurologique.



M. DE JONG (*d'Amsterdam*) expose ses recherches, effectuées en particulier dans le service du Professeur Claude, sur la catatonie expérimentale obtenue chez l'animal par la bulbocarpine, et qui démontrent la nécessité, pour que l'état catatonique se réalise, de l'intégrité du cortex.

M. COURBON (*de Paris*). — Les syndromes catatoniformes ont pour caractères communs d'être constitués par le rétrécissement et la monotonie extrêmes de l'activité mentale et motrice avec caprice des réactions de l'individu aux sollicitations du moment. a) Il s'agit de catatonie quand il y a en outre altération intrinsèque de la motricité par

lésion de l'un de ses organes (rétraction musculaire par myosclérose, troubles vasomoteurs sympathiques, rigidité extra-pyramidale, catalepsie cérébelleuse, paratonie) donnant aux mouvements une allure mécanique et saccadée. b) Il y a catatonisme quand la motricité est intacte laissant aux mouvements l'aisance et la souplesse d'un être vivant. Le pronostic dépend de la nature des troubles mentaux eux-mêmes et non de celle de l'état moteur qui leur est associé.

M. ANGLADE (*de Bordeaux*) met en garde les observateurs contre le danger qu'il y aurait à faire absorber la catatonie par l'encéphalite épidémique après avoir couru celui de la faire assimiler par la schizophrénie. Elle n'a pourtant aucunement bénéficié de cette assimilation. Il ne faut pas y séparer les symptômes psychiques des symptômes moteurs, mais au contraire les apprécier sous le même angle en rapprochant ces deux séries de signes également explosifs : palilalie, jargonaphasie, désordres de la motilité générale, signes cérébelleux, etc...

Il confirme l'opinion de MM. H. Verger et Hesnard sur la profonde différence du catatonique et du bradykinétique et attire l'attention sur l'intérêt du pronostic de la catatonie, laquelle se rencontre dans les affections essentiellement aiguës se terminant par la guérison, la mort ou la démence rapide.

M. BARUK (*de Paris*) rappelle les résultats des diverses recherches qu'il a effectuées sur la catatonie dans le service du Professeur Claude.

Cliniquement, la catatonie ne doit pas toujours être identifiée avec la démence précoce. Il existe des cas de catatonie périodique, dans lesquels le syndrome moteur catatonique évolue à l'état à peu près pur et par poussées. Ce sont ces formes qui sont surtout intéressantes à étudier, et qui se rapprochent de la catatonie expérimentale.

Les recherches de *physiologie clinique* (étude des réflexes de posture, des courbes électromyographiques, épreuves pharmacodynamiques, de la chronaxie, etc...), entreprises avec Bourguignon et Thévenard, montrent que, malgré certaines analogies, le syndrome catatonique doit être différencié des syndromes mésentéphaliques notamment par-kinsoniens.

Les données psychologiques montrent également une atteinte portant sur les fonctions psychomotrices les plus élevées, avec une intégrité et une libération des automa-

tismes (Baruk et Morel). La catatonie consiste avant tout dans la *perte de l'initiative motrice*.

L'étude comparative de la catatonie clinique, et de la catatonie réalisée expérimentale par l'intoxication de la bulbocarpine chez le chat, que H. Baruk a faite avec de Jong, montre que la catatonie expérimentale réalisée en 1922 par de Jong est tout à fait superposable au syndrome clinique. Mais les expériences de Schaltenbrand montrent la nécessité d'un facteur cortical dans cette catatonie expérimentale.

De tous ces faits, H. Baruk conclut que la catatonie traduit surtout non une atteinte directe et localisée des voies extra-pyramidales au niveau des noyaux centraux, mais une libération de ces voies par une *atteinte corticale*. Il voit d'ailleurs dans la catatonie *une atteinte cérébrale essentiellement diffuse, d'ordre toxique ou toxo-infectueux*. Le caractère diffus, et la prédominance de l'atteinte des zones corticales explique l'apparence volontaire de l'intrication psychique du syndrome catatonique. Malgré cette apparence, la catatonie est une *maladie organique*. Elle constitue le type des atteintes organiques cérébrales diffuses, qui s'opposent par leur complexité aux syndromes de localisation topographique étroite qui ont presque exclusivement retenu l'attention des neurologistes jusqu'à présent.

M. DONAGGIO (*de Modène*) déclare que s'il s'est déjà prononcé contre l'attribution du syndrome moteur catatonique à la lésion des ganglions de la base, ça ne l'empêche pas, contrairement à la supposition faite par M. Divry dans son excellent rapport, de considérer les troubles moteurs catatoniques comme expression d'un trouble moteur extrapyramidal : dans ce sens il a fait des communications aux Congrès des aliénistes et neurologistes, de Genève (1926) et de Blois (1927). En effet, il n'accepte pas la théorie selon laquelle le système moteur extrapyramidal serait localisé dans les ganglions de la base : depuis 1923, à la suite de ses recherches sur le parkinsonisme encéphalitique, faites avec ses méthodes personnelles, il a démontré l'absence ou le peu d'intensité des lésions dans les ganglions de la base, et a mis en évidence *des lésions prononcées dans l'écorce frontale*. Selon sa doctrine, *l'écorce frontale est le centre prééminent du système moteur extrapyramidal*. Ses recherches ont reçu des confirmations directes et indirectes.

Pour ce qui a trait au syndrome moteur catatonique, les

lésions frontales démontrées par plusieurs auteurs, et aussi par l'A. et tout récemment par Brzezickj rapprochent le syndrome moteur catatonique et les troubles moteurs extrapyramidaux dans le terrain de cette localisation frontale du système moteur extrapyramidal qui dérive des recherches et de la théorie de l'A.

Sans doute le syndrome moteur catatonique et la rigidité extrapyramidale par exemple du parkinsonisme encéphalitique ne peuvent pas être considérés comme identiques : il y a des différences (Claude, Baruk) en rapport aussi aux différences pathogéniques. Mais il y a aussi des phénomènes neurologiques tout à fait identiques : parmi ces phénomènes assez nombreux, l'A. se limite à rappeler la flexion dorsale du pied qu'il a démontrée, en l'absence de phénomènes pyramidaux, dans le syndrome moteur catatonique, tout à fait identique à celle qu'on retrouve, également en l'absence de phénomènes pyramidaux, dans le parkinsonisme encéphalitique (Testa) : flexion à secousses successives qui a été décrite par Boveri surtout dans les cas de lésions superficielles de l'écorce, et que l'on provoque en plaçant le malade à plat ventre, avec la jambe à angle droit sur la cuisse, le pied à angle droit sur la jambe, et en se servant d'une épingle que l'on promène dans la partie moyenne de la plante du pied. L'A. rappelle aussi une autre observation personnelle : si dans la position qu'on a décrite et après avoir produit une flexion dorsale passive du pied on exerce une pression légère pour reconduire le pied à angle droit, l'on voit fréquemment dans le parkinsonisme encéphalitique que l'excursion passive du pied se produit avec des secousses successives ; l'A. a observé ce phénomène aussi dans le syndrome moteur catatonique.

Sur le terrain de la théorie de l'A., peuvent s'accorder les deux conceptions de l'origine psychologique et de l'origine neurologique — syndrome extrapyramidal — du syndrome moteur catatonique. L'A. rappelle d'autres faits qui viennent à l'appui de ses recherches qui l'ont conduit à affirmer l'existence d'un centre psychomoteur extra-pyramidal distribué dans l'écorce frontale et précisément s'étendant dans la frontale ascendante (qui contiendrait ainsi deux systèmes, c'est-à-dire non seulement le système pyramidal, mais aussi une partie du système extrapyramidal) et dans la région constituée par les circonvolutions préfrontales, à laquelle on reconnaît une place prédominante dans les fonctions psychiques.

M. HESNARD (*de Toulon*) rappelle l'intérêt des explorations psychologiques pratiquées par l'école de Bleuler chez les schizophrènes catatoniques. Quoique kräpelinien, le rapporteur aurait dû insister davantage sur la signification symbolique de certains éléments, d'origine affective, de leur comportement. D'un autre côté, certains symptômes catatoniques tels que les mouvements sportifs, théâtraux, etc. du maniérisme paraissent correspondre à un pur « automatisme expressionnel », vide de contenu affectif.

A côté de la grande catatonie, il y a un catatonisme élémentaire, d'ordre surtout passif et lié à l'obnubilation ou au ralentissement cérébral, qui est avant tout fréquent dans les toxi-infections, où la formule clinique de la confusion mentale a été, ce qu'à omis de rappeler le rapporteur, minutieusement étudiée par l'Ecole de Régis. Enfin la différenciation du confus catatonique et du bradykinétique post-encéphalitique est aisée si l'on comprend que le premier, atteint dans son psychisme même, ne peut mettre en œuvre dès l'origine du mouvement les mécanismes moteurs intacts. Au contraire, le second, simplement déficitaire de ses automatismes moteurs, posturaux et autres, est un condamné au mouvement volontaire à perpétuité parce que sa « viscosité motrice » l'entrave continuellement en opposant une barrière périphérique au déroulement cinématique de l'acte.

M. LAGRIFFE (*de Quimper*) rappelle la théorie physiogénétique qu'il avait soutenue en 1913 comme rapporteur au Congrès du Puy, tout en reconnaissant qu'il n'y a là rien d'une opinion scientifique définitive.

M. D'HOLLANDER (*de Louvain*). — Examen anatomo-clinique de 3 cas de D. P. catatonique. Plusieurs considérations intéressantes se dégagent de ces examens. Au point de vue anatomo-clinique, c'est d'abord la similitude frappante des lésions dans les trois cas, même dans le cas trois à début tardif et à évolution rapide. Ensuite la participation du cervelet dans les altérations pathologiques ne le cèdent point à celles que présente cet organe dans la démence sénile, la paralysie générale, la confusion mentale et les infections expérimentales chez l'animal.

Au point de vue histologique, nous n'insisterons pas sur la loptoméningite chronique, la fonte des éléments nobles et la prolifération de la neurologie ; ce sont là des constatations décrites par de nombreux auteurs. Les modifications de la microglie, à l'avenir, devront retenir l'attention.

Les vaisseaux, d'après plusieurs auteurs ne participeraient pas aux lésions. Dans nos cas au contraire ils sont gravement altérés par l'atrophie simple, la fonte dégénérative, la dégénérescence hyaline ; on trouve aussi la pululation capillaire et l'infiltration par des labrocytes. Fait digne de remarque, à part quelques macrophages dans la pie-mère, jamais nous n'avons remarqué d'éléments de la série lymphoïde : ni lymphocytes, ni plasmocytes, ni leucocytes soit dans les gaines périvasculaires, soit dans le tissu nerveux, sous forme de manchons autour des vaisseaux ou de nodules infectieux. L'on ne pourrait confondre avec ces dernières formations qui sont des organisations bien connues, la prolifération de la neuroglie en forme de chapelet non pas sous l'aspect de petits nids de cellules dans le voisinage des vaisseaux, *mais en dehors de leurs gaines*, — et les aspects des satellitos anormales.

De multiples observations attestent que dans la démence précoce il n'y a pas que des lésions de l'écorce cérébrale. Les couches optiques (c'est également notre avis), les ganglions de la base, même la moelle épinière sont frappés.

Et voilà que le cervelet dans nos cas se montre atteint aussi profondément que dans nombre d'autres psychoses démentielles ou d'ordre toxi-infectieuse. Les recherches récentes tendant ainsi à faire considérer le processus nocif qui est à la base des altérations histologiques que l'on trouve dans la démence précoce, comme s'attaquant à l'ensemble de l'axe cérébro-spinal.

M. REPOND (*de Lausanne*) insiste sur l'intérêt de l'expérimentation psychologique telle que la réalise le milieu. Dans les asiles bien tenus, où l'on s'occupe activement des malades, il y a beaucoup moins de catatonie ; certaines malades cessent d'être catatoniques sous l'influence morale d'un médecin ou en sortant de la maison de santé. D'où l'on peut conclure à l'importance extrême des facteurs affectifs chez ces malades.

Il existe d'ailleurs des combinaisons intimes de troubles affectifs et de phénomènes parfois grossièrement organiques ; on peut rapprocher la passivité catatonique de certains états morbides chez l'animal appelés « innobilité » et attribués par les vétérinaires à la dilatation ventriculaire par épendymite tuberculeuse.

M. H. CLAUDE (*de Paris*) résume le débat en insistant sur ce que la catatonie n'est pas le fait d'une maladie déterminée mais correspond à un groupe d'états morbides très distincts (paralysie générale, tumeurs, états périodi-

ques, etc.) et extrêmement variables en intensité symptomatique comme en signification pronostique.

Certains catatoniques ne le sont que devant le médecin ou lorsqu'on les regarde. D'autres tombent brusquement dans un état catatonique transitoire sans aucune raison apparente ; et le mécanisme psycho-physio-pathologique du syndrome catatonique est loin d'être élucidé.

M. JANET P. (*de Paris*). — Intéressantes remarques psychologiques sur le cas de 2 sœurs frappées de démence précoce catatonique au même âge, l'une restée déprimée et sans aucun rapport effectif avec l'extérieur, l'autre ayant fini par manifester au médecin un intérêt évident ; ses symptômes catatoniques sont alors capables de culture, se développent sous l'influence personnelle d'un médecin et non d'un autre, comme un sentiment amoureux normal, variable par les circonstances morales et électives. Des quantités de faits de ce genre démontrent dans la catatonie une vie affective complexe et tenace. L'affection mentale en cause est une maladie de fonction, et cette conception fonctionnelle enlève tout intérêt aux discussions sur le dualisme organique et psychologique en pathologie mentale.

II. — RAPPORT D'ASSISTANCE

LA THERAPEUTIQUE DE LA PARALYSIE GENERALE,
par les D^{rs} B. DUJARDIN (*de Bruxelles*) et R. TARGOWLA (*de Paris*).

1. PATHOGÉNIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Une connaissance approfondie des méthodes biologiques a permis aux auteurs de tenter un essai de pathogénie de la paralysie générale qui explique, d'une part, la faible efficacité des traitements spécifiques dans la paralysie générale ; d'autre part, l'efficacité de certains traitements non spécifiques, particulièrement la malariathérapie.

La paralysie générale étant une méningo-encéphalite diffuse syphilitique, comment expliquer les caractères si spéciaux, tant cliniques qu'anatomo-pathologiques, qui la distinguent de la syphilis cérébrale classique ? C'est une question de terrain qui règle l'évolution de ces deux formes de syphilis : la syphilis cérébrale ou tertiaire est une syphilis allergique, la paralysie générale, au contraire, est une syphilis anallergique. Cette proposition se fonde sur les différences que présentent ces deux modes d'affec-

tion syphilitiques au double point de vue anatomique et biologique (étude en série des cuti-réactions à la luétine).

Or, l'état anallergique qui accompagne la paralysie générale est un état plus défavorable pour l'organisme que l'état allergique. La syphilis anallergique est une syphilis diffuse généralisée, tandis que la syphilis allergique est une syphilis localisée ; elle est rebelle au traitement alors que la syphilis allergique y est très sensible. L'allergie doit être interprétée comme un effort défensif de l'organisme ; elle peut agir favorablement sur la marche de l'infection et même arrêter celle-ci.

L'influence favorable de l'apparition de l'allergie sur la marche de l'affection syphilitique peut être mise en évidence particulièrement, par l'étude des réactions méningées, d'autant plus efficaces qu'elles sont plus aiguës, et qui montrent que l'allergie c'est comme l'exacerbation profitable des possibilités défensives de l'organisme. La paralysie générale étant une syphilis anallergique tardive résultant du prolongement anormal de la période allergique primo-secondaire, toute méthode capable d'écourter cette phase et d'accélérer la venue de l'état allergique sera efficace.

2. MODE D'ACTION DES TRAITEMENTS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

a) *Les traitements spécifiques.* — Leur activité vis-à-vis de la Paralysie générale est étonnamment moindre que vis-à-vis des autres formes de syphilis. Ceci ne peut tenir qu'à trois raisons. Le siège des tréponèmes qui seraient à l'abri de l'action du médicament circulant dans le sang ; une résistance particulière des tréponèmes au médicament ; une carence de l'effort défensif de l'organisme du paralytique général.

b) *Les traitements non spécifiques, Pyrété et Protéinothérapie.* — L'action intime de l'hyperthermie provoquée par ces traitements est encore obscure. On connaît mieux celle de la protéinothérapie. La protéinothérapie et surtout l'inoculation de maladies microbiennes dans la paralysie générale ont pour conséquences d'exalter la capacité réactionnelle vis-à-vis du tréponème et de transformer cette syphilis anallergique à faible réaction en une syphilis allergique à réaction tissulaire plus énergique présentant le double avantage d'une meilleure défense organique et d'une sensibilité accrue du traitement spécifique. Dans l'impossibilité où nous sommes d'éveiller l'état allergique par l'inoculation de vaccins tréponémiques, il est avantageux que nous puissions arriver à un résultat identique

par co-réactions ou hétéro-allergies, la malarisation étant de tous ces procédés indirects le plus efficace, comme le montre l'étude objective des modifications des cerveaux des P. G. malarisés.

La malarisation provoque effectivement une réaction tissulaire violente avec production de lésions rappelant les gommes miliaires. Cliniquement, elle peut être suivie d'une exaltation passagère de tous les symptômes évolutifs (confusion, états maniaques).

3. TECHNIQUE DU TRAITEMENT

a) *Traitement spécifique isolé.* — Ici, le principe essentiel du traitement spécifique doit être, non pas de frapper vite et fort, mais doucement et longtemps. L'emploi des dérivés arsénicaux par la voie hypodermique à petites doses rapprochées et longtemps prolongées, améliore l'état général et parfois l'état dementiel, dans l'ensemble, ralentit la progression de la maladie. Le tryparsamide si proné dans les pays anglo-saxons, aurait des effets plus tardifs.

Le traitement spécifique mixte, c'est-à-dire l'arsenic associé, soit au mercure, soit de préférence au bismuth a donné de très belles rémissions avec réduction importante du syndrome humoral.

Toutefois, si le nombre des résultats favorables ainsi obtenu est très supérieur à celui des rémissions spontanées et suffisamment démonstratif pour condamner l'abstention thérapeutique dans la paralysie générale, il reste néanmoins assez faible.

b) *Traitements non-spécifiques.* — La pyrétothérapie (nucléinate de soude, tuberculine, vaccin antityphique) a cédé la place aux inoculations de maladies infectieuses qui constituent une méthode plus efficace.

L'inoculation du vaccin anti-chancrelleux n'a pas été favorable. L'inoculation de la fièvre récurrente s'est montrée efficace, mais peu maniable et dangereuse.

c) *Malariathérapie.* — La malarisation est la méthode de choix, dont est justiciable, en principe, tout cas de paralysie générale. Les contre-indications à son emploi sont l'état précaire du malade, ne lui permettant pas de faire les frais de l'infection provoquée ; les associations morbides (tuberculose pulmonaire, diabète, insuffisances hépatique, cardiaque, rénale, etc.). Dans certains cas, il faudra seulement temporiser, et consulter le syndrome humoral.

L'impaludation décidée, un second problème se pose : le choix du virus.

Tout d'abord, il est essentiel de n'avoir recours qu'au *Plasmodium vivax* pur, agent de la fièvre tierce bénigne. La vérification clinique et microscopique doit en être préalablement faite. Il faut éviter également l'emploi de certaines souches de *Pl. Vivax* déterminant des symptômes de toxi-infection grave.

Les auteurs ont employé avec succès une souche unique, reconnue très maniable, donnant lieu à des accès francs intenses, mais cédant à des doses faibles de quinine. La souche est passée de malade à malade avant la quinini-sation, sans l'intervention d'aucun hôte intermédiaire. Ainsi ont été réalisés 87 passages successifs.

L'infestation se fait par prélèvement de 5 à 10 cc. de sang dans la veine du donneur et injection immédiate sous la peau de la région scapulaire ou abdominale du malade à traiter. Il n'est pas nécessaire de faire la prise de sang au moment d'un accès ; mais le sujet ne doit pas avoir reçu de quinine.

L'injection intra-veineuse du sang virulent, outre qu'elle exige la détermination des groupes sanguins ne paraît pas avantageuse. La contamination par anophèles est inutile, plus compliquée et dangereuse pour l'entourage.

Le *paludisme expérimental* ainsi déterminé est identique dans ses manifestations au paludisme spontané. (Incubation de 8 à 12 jours, fièvre d'invasion précédent de 2 ou 3 jours le premier accès). Comme dans le paludisme spontané, les accès fébriles sont typiques, avec les mêmes possibilités de variations de la courbe thermique, avec le même retentissement sur l'état général et mental (agitation, délire).

Les accidents sont rares et habituellement bénins. La guérison se fait généralement sans complication, assez souvent spontanément. Aussitôt après, l'état général s'améliore très vite.

La conduite à tenir avant l'éclosion des accès est très simple. (Etablissement de la courbe thermique, surveillance médicale appropriée).

Si les accès sont irréguliers et faibles, des injections de nucléinate de soude peuvent en déclencher de plus francs. L'interruption des accès s'obtient aisément par la quinine.

Le danger de contagion est nul dans les pays qui n'hébergent pas d'anophèles.

Le *Traitement anti-syphilitique associé* à la malaria-thérapie présente de grands avantages. Il peut être employé soit avant la malarisation chez les sujets trop débilités ; soit après, car il agit aussi bien contre la syphilis que contre les séquelles de paludisme.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT PAR LA MALARISATION

Les plus évidents et les plus constants portent sur l'état général et ces grandes fonctions organiques particulièrement sur le tube digestif. Les signes biologiques de cette déchéance somatique (anémie, insuffisance hépatorénale) rétrocedent également. Parmi les signes neurologiques, les tremblements, la dysarthrie, l'instabilité de la démarche s'améliorent. Les modifications des réflexes et les symptômes oculaires, surtout si ce sont des altérations constituées, varient moins. La ponction lombaire cesse d'être bien tolérée.

Les *Troubles mentaux* ont paru exceptionnellement aggravés, passagèrement ou de façon plus durable. D'autres fois, ils ne paraissent pas avoir été modifiés dans leur cours.

D'autres fois, on assiste à leur transformation et le malade prend l'aspect d'un schizophrène hébéphrénocatatonique ou paranoïde. Le plus souvent, les troubles psychiques s'améliorent sensiblement. Le délire disparaît et avec lui la suggestibilité excessive, les gros troubles de la mémoire, la désorientation. L'attention, l'affectivité, l'activité réapparaissent. Puis, les facultés critiques. Il est difficile cependant d'affirmer, même dans certains cas des plus favorables, le retour absolu à l'état antérieur, sauf peut-être dans quelques cas exceptionnels, en particulier dans les cas où le traitement a été institué très tôt. Il faut remarquer que le résultat du traitement est d'autant plus favorable, que son institution a été plus précoce. Le syndrome humoral évolue comme dans les rémissions spontanées, mais la modification des réactions spécifiques est toujours en retard sur l'atténuation de la leucocytose et de l'Albuminose. Ces conclusions sont basées sur l'état de 240 cas de paralytiques généraux impaludés, traités à la Clinique de Ste-Anne et observés pendant une période de 4 ans. La statistique comporte actuellement 135 résultats favorables, 86 résultats défavorables ou nuls, 19 décès.

M. DEMAY (de Clermont, Oise) s'appuyant sur une pratique de trois années de malariathérapie et sur une statistique portant sur 130 cas, pense avec le rapporteur, que les contre-indications de cette méthode de traitement sont en réalité assez restreintes. Bien entendu, on n'inoculera pas le paludisme à des malades présentant des tares organiques évidentes, mais on ne se montrera pas trop sévère sur la question d'âge. Ce qu'il importe de souligner,

c'est la possibilité de complications pleuro-pulmonaires et intestinales (diarrhées dysentériques), celles-ci étant d'ailleurs passablement influencées par l'association quinine-stovarsol. Quant aux résultats du traitement, il faut bien dire qu'à côté de succès véritablement impressionnants, on observe des cas décevants, sans qu'on puisse trouver une indication à ce point de vue dans les caractères cliniques ou biologiques des cas traités, non plus que dans la précocité du traitement. C'est pourquoi il est nécessaire d'apporter la plus grande rigueur dans l'établissement des statistiques, et de préciser le caractère des rémissions obtenues. On ne devrait tenir compte que des rémissions vraiment complètes, avec réapparition de l'auto-critique, reprise de l'activité professionnelle et sociale. Dans la statistique de l'auteur, celles-ci ont été de 25 p. 100 ; si l'on y avait ajouté les rémissions incomplètes, la proposition de résultats favorables se serait élevée à 50 p. 100. Un autre élément capital à considérer, c'est la durée de la rémission ; il existe en effet des rémissions temporaires et celles-ci ne peuvent évidemment être tenues pour des succès.

M. NYSSSEN (*d'Anvers*) apporte les résultats d'une statistique considérable de malades ainsi traités, avec résultats favorables, sans qu'on puisse s'interdire de redouter de graves complications ; il précise la technique de l'inoculation malarique en comparant la voie sous-cutanée à la voie intraveineuse dont il reste nettement partisan.

M. COURBON (*de Paris*). — La méconnaissance des coïncidences de psychoses aiguës, essentiellement curables par elles-mêmes et ayant des causes indépendantes de la syphilis, telles que la manie, la mélancolie, les bouffées délirantes, avec une syphilis dont l'atteinte se limite à l'organisme physique, peut expliquer le dogme erroné, de la curabilité infaillible de la paralysie générale traitée au début de son apparition. Les accès des cyclothymiques devenus syphilitiques guérissent tout seuls, avec, sans ou malgré le traitement.

M. Jacques LEY Fils (*de Bruxelles*) apporte la statistique de la clinique neuro-psychiatrique de l'Université d'Amsterdam, concernant le traitement de la paralysie générale par l'infection malarique suivie d'une cure de néosalvarsan.

Les chiffres de cette statistique confirment pleinement

ceux des rapporteurs (53 0/0 de résultats favorables deux mois après la fin de la cure malarique).

L'auteur signale en outre un procédé simple pour maintenir chez les malades en traitement une fièvre tierce : injection intra-veineuse de 15 centigr. de néo-salvarsan dès que les accès tendent à devenir quotidiens. Les injections subséquentes de salvarsan, faites, à des dates paires par rapport à la première, suffisent à couper momentanément la fièvre et permettent en ne donnant la quinine qu'à la fin du traitement spécifique, de conserver la souche malarique plus longtemps.

M. POIRIER (*d'Anvers*) communique les résultats favorables du traitement de la syphilis nerveuse pratiqué dans une clinique dermato-syphiligraphique, et insiste sur les avantages de la médication bismuthée.

MM. CROUZON et B. ZADOC-KAHN (*de Paris*). — Les auteurs présentent les résultats de 50 nouveaux cas de P. G. traités par la malaria. Leur statistique comporte : 30 0/0 de cas favorables, 26 0/0 de cas nuls, 42 0/0 de cas perdus de vue où, inoculés, récemment, 2 0/0 de décès.

Ils notent une diminution très sensible des décès, comparativement à une statistique publiée l'an dernier et attribuent cette amélioration à l'emploi d'une souche stabilisée et au choix plus circonspect des sujets.

Ils préconisent donc la malariathérapie comme une méthode efficace, bénigne et donnant des résultats durables.

M. RADEMAECKER (*de Gheel*) rappelle l'intérêt qu'il y a à consolider la malariathérapie par le mercure et l'arsenic, et compare cette méthode avec celle, plus infidèle, de l'inoculation par la récurrente.

M. MAERE (*de Gand*) jette une note discordante, mais nécessaire, en signalant les résultats éloignés de la malariathérapie recueillis dans son service : délire mégalomane persistant, démence profonde, puérilisme. Il faut être robuste pour supporter un tel traitement. Wagner von Jaurregg soigne actuellement préventivement les complications cardiaques, si fréquentes, et donne du strophantus préventif.

M. REPOND (*de Lausanne*) signale combien les résultats favorables sont inconstants avec la même souche. Les paralytiques généraux paranoïdes d'emblée résistent assez

bien physiquement au traitement malarique mais restent mentalement de lamentables épaves, au point qu'il n'y a peut-être pas avantage à traiter cette catégorie de paralytiques généraux.

M. René CHARPENTIER (*de Neuilly-sur-Seine*) fait remarquer que les contre-indications ne sont pas toutes absolues. En effet, si le risque thérapeutique est réel dans certains cas, même dans ces cas il n'est pas fatal, tandis que fatale est l'évolution de la maladie. Tout en leur attachant l'importance qu'elles méritent, il ne faut donc pas trop se laisser impressionner par des statistiques de mortalité, en présence d'un mode thérapeutique qui donne plus que des espérances, des résultats incontestables, là où antérieurement on ne pouvait guère conserver que l'espérance de rémissions aléatoires et plus ou moins provoquées. En se laissant trop arrêter par ces craintes, on obtiendrait assurément des statistiques plus favorables, mais en réduisant à l'excès le nombre de malades susceptibles de bénéficier du traitement. Surtout en présence d'une affection réputée incurable, le but du médecin est d'assurer le traitement du plus grand nombre possible de malades.

M. RODRIGUEZ-ARIAS (*de Barcelone*). — L'expérience personnelle de 10 cas, recueillis en 1927-28, ne lui permet pas de croire à l'effet préventif du paludisme spontané ou bien thérapeutique, souffert après la période de la contagion syphilitique. La nouvelle théorie pathogénique de Kræpelin n'est pas donc à l'abri des objections sérieuses. La méthode de Kyrle, enfin, est inefficace.

Au point de vue de la malariathérapie, son avis est tout à fait semblable à celui des rapporteurs. Le nombre de décès, toutefois, a atteint un chiffre de 6 pour un total de 40 paralytiques généraux. En échange, il a eu 1 décès entre 35 schizophréniques, épileptiques et sclériques en plaques paludisées. La voie veineuse, directement employée, est très bonne. Les résultats globaux peuvent se superposer à ceux obtenus dans la plupart des pays.

R. A. est un partisan convaincu du traitement spécifique associé. Dans les cas rebelles, il a recours au bismuth soluble. La méthode intra-rachidienne américaine est utile, pour lui, chez les malades qui présentent un syndrome humoral, positif influençable par la malarisation.

M. J.-J. VISSER (*de Rotterdam*) fait une communication des résultats obtenus à l'asile « Maasoord » de la ville de Rotterdam en Hollande. Depuis le 10 février 1923,

150 paralytiques ont été traités par le malaria et 40 par la fièvre paludéenne. La communication contient les 100 premiers cas de traitement avec malaria, dont le dernier a été inoculé le 9 août 1927, il y a un assez long temps pour discuter le résultat. Le nombre des attaques de fièvre était en moyenne 10 ; 11 fois la fièvre terminait spontanément, en 4 fois la cure devait être terminée par 250 mg. de bisulfate de quinine à cause de danger de mort. En outre, il y avait les particularités suivantes : 14 fois grand malaise pendant la cure, des frissons violents, 12 fois des troubles psychiques qui disparaissent après la cure, 4 fois des attaques apoplétiformes pendant la cure, 2 fois ictère, une fois léger, une autre fois assez grave, 1 fois kératite herpétique.

Après la cure de fièvre paludéenne, nous appliquons une série d'injections de néosalvarsan (de 3, 15 gr. en tout). Le résultat du traitement des 200 cas est le suivant : 21 fois rémission complète ; 29 fois rémission incomplète (dont 15 malades peuvent rester hors de l'asile), 9 fois rechute après une amélioration au commencement, 16 cas sont restés stationnaires après une amélioration incomplète, 20 cas étaient réfractaires. Dans la période du 10 février 1923 jusqu'au 9 août 1927 23 malades sont morts, dont 5 sont morts dans la cure ou à la suite immédiate du traitement ; 13 parmi eux étaient des cas très avancés et chroniques.

Il y en a parmi les malades en rémission complète, qui sont tout à fait capables d'exercer leur métier déjà depuis presque 4 années, quelques-uns parmi eux ont encore des troubles neurologiques très légers (surtout troubles de réaction pupillaire). Des 15 cas de rémissions incomplètes, qui demeurent hors de l'asile, il y en a 6 qui ont repris leur ancien métier. Il s'est montré, que, le pronostic du traitement dépend beaucoup du temps d'existence de la paralysie avant le commencement du traitement : en cas des 21 rémissions complètes, la durée de la paralysie était en moyenne 4 mois, dont en 4 cas la maladie avait commencé tout à coup ; chez les 32 malades réfractaires ou stationnaires, la durée moyenne était 1 année et 7 mois, l'âge des malades jouait un rôle moins important ; parmi les rémissions totales se trouvent 5 malades de plus de 50 ans. L'état physique est de plus grande importance. En cas de prostration générale, nous n'appliquons que quelques attaques de fièvre où nous inoculons la *fièvre paludéenne*.

Depuis le 17 avril 1925, nous disposons d'une culture de *spirochoreta Duttoni*, qui prend son origine de la cli-

nique du professeur Plant de Munich, qui est inoculé régulièrement à des souris. Les malades sont inoculés par le sang des souris infectées. Le temps d'incubation après l'inoculation est de 4 à 5 jours, tout au plus 15 jours. Alors on voit des attaques de fièvre irrégulière, leur nombre est en règle de 4 à 5, une fois il était de 11.

Nous avons appliqué le traitement par la fièvre récurrente : 1° chez les malades réfractaires pour la fièvre paludéenne, ou déjà traités par la malaria ; 2° chez les malades âgés ou faibles, la fièvre récurrente donnant de malaise moins grave. La plupart des malades ne percevaient de la fièvre qu'un sentiment de chaleur, cependant nous voyions en plusieurs cas des vomissements, surtout pendant les premières attaques de fièvre, puis des douleurs lancinantes dans les jambes. En deux cas il paraissait une paralysie faciale passagère, deux fois une ptose en un cas une paralysie de l'abducens.

Nous notions les résultats suivants :

Rémission complète en 2 cas (5,6 0/0), dont déjà traité de malaria : 1.

Rémission incomplète en 14 cas (39,2 0/0), dont déjà traités de malaria : 4.

Récidive en 5 cas (14 0/0), dont déjà traités de malaria : 4.

Réfractaires en 12 cas (33,6 0/0), dont déjà traités de malaria : 11.

Morts dans la cure en 3 cas (3,4 0/0), dont déjà traités de malaria : 11.

Voici un résultat beaucoup moins favorable, mais il faut prendre en considération, qu'il s'agit des cas les moins favorables, dont en 16 cas le traitement par la fièvre paludéenne avait échoué.

MM. SICARD, HAGUENAU et BIZÉ (*de Paris*) montrent les bons effets de l'association des médicaments spécifiques (surtout les arsenicaux pentavalents comme la tryparsamide) avec les méthodes pyrétothérapiques. Ils indiquent les avantages de cette symbiose médicamenteuse et présentent leur technique. Parmi les agents pyrétogènes, ils montrent l'intérêt de l'injection intra-veineuse de vaccins (Dmelcos) qui permet de régler avec une précision inégalée les réactions techniques chez chaque malade.

MM. COMBEMALE et VULLIEN (*de Lille*) apportent les résultats obtenus par la pyrétothérapie réglée au Dmelcos chez 39 P. G. Douze injections de Dmelcos en quantité telle que la température s'élève jusqu'à 39°5-40° tous les deux jours,

associé au novarsénobenzol ou à la tryparsamide. Examen 6 semaines après la dernière piqûre, 4 rémissions, 9 améliorations légères, 8 décès. Nouvelle série de 12 injections chez 14 malades (2 mois après) stationnaires ou légèrement améliorés après la première série de piqûres. Une amélioration supplémentaire, mais rien de plus chez les autres. La pyrétothérapie réglée au Dmelcos ne semble pas faire mieux que le novarséno ou la tryparsamide auxquels on l'associe.

MM. R. CLAUDE et R. TARGOWLA (*de Paris*) attirent l'attention du congrès sur les conséquences médico-légales des nouveaux traitements de la P. G. Le problème médico-légal de la P. G. ne se pose plus aussi simplement qu naguère. Il faut temporiser pour l'application des mesures d'interdiction que le traitement peut rendre inutiles au moins pour un temps, sinon définitivement. Le malade ne se trouve plus dans les conditions exigées par l'article 489 du C. C. et il sera parfois nécessaire de faire lever une interdiction antérieure. Il serait prématuré de considérer certains P. G. traités comme responsables au sens de l'art. 64 ; cependant les auteurs rapportent un fait qui pose la question et se demandent si l'on ne sera pas amené à faire dans la paralysie générale des distinctions analogues à celles qu'on fait dans l'épilepsie.

M. René CHARPENTIER (*de Paris*) propose le vœu suivant que les Congressistes votent à l'unanimité :

« En conclusion du débat, les psychiatres et neurologistes
« réunis à Anvers estiment qu'il serait désirable de mettre
« à la disposition des malades et des médecins les facilités
« nécessaires à la pratique de la malariathérapie dans les
« meilleures conditions de sécurité pour les malades et pour
« l'hygiène publique. » (Unanimité).

3° RAPPORT DE NEUROLOGIE

LES ALGIES DU MEMBRE SUPERIEUR, par Henri ROGER, professeur de Clinique neurologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Les types cliniques les plus importants et les plus fréquents d'algies du membre supérieur sont : 1° la névralgie cervico-brachiale rhumatismale ou cervicobrachialite ; 2° les algies d'origine névraxique ; 3° les algies par malformation rachidienne ; 4° les syndromes douloureux des extrémités supérieures.

1° *Néuralgie cervicobrachiale rhumatismale.* — Cette affection encore appelée cervicobrachialite ou encore cervicoradialite sciatique du bras, évolue en 2 étapes, cervicale et brachiale. Le début est marqué par une sensation d'engourdissement douloureux, de raideur des muscles de la nuque et du cou, prédominant nettement d'un côté, qui descend peu à peu pour devenir cervico-brachiale. Alors le malade ressent dans tout le bras des douleurs profondes, continues avec poussées paroxystiques, souvent nocturnes, diffuses, mais, prédominant le long de la face externe du bras, de la racine des doigts à la région scapulaire.

Les troubles sensitifs sont caractérisés par des points douloureux que l'auteur précise et qui jalonnent le trajet du radial et l'origine paravertébrale du plexus brachial, dont l'élongation est douloureuse.

Les troubles objectifs de la motricité sont nuls, ainsi que ceux des réactions électriques et le liquide céphalo-rachidien sensiblement normal. Les *radiographies du cou* montrent la raideur du squelette, l'absence de tassement des corps vertébraux et des disques, du flou ou des traînées paravertébrales d'opacification. En général, la maladie regresse en 2 à 3 semaines.

Mais il existe des variétés cliniques un peu différentes. Dans la forme sensitivo-motrice, aux douleurs cervico-brachiales avec hypoesthésie en bande externe, succède une parésie, souvent de longue durée, avec atrophie prédominante au niveau de la racine du membre, parfois avec réaction de dégénérescence partielle et abolition du réflexe tricipital. L'affection peut se compliquer d'un syndrome fruste de Claude Bernard-Horner, de symptômes auriculaires, ou d'arthrite de l'épaule. L'évolution peut être marqué par un début brusque, des récides, l'installation de la chronicité.

Le processus rhumatismal peut enfin prédominer sur tel ou tel segment du plexus brachial et même déborder ce territoire nerveux, donnant lieu à réduction ou extension des territoires endoloris.

Comme pour la lombo-sciatique, il faut expliquer les cervico-brachialites par une pathogénie funiculaire dont l'étiologie est celle de toutes les affections rhumatismales chroniques.

L'auteur nous enseigne parfaitement à la distinguer des autres localisations voisines possibles du rhumatisme telles que : l'arthrite de l'épaule, la périarthrite scapulo-humérale, le rhumatisme musculaire, la cellulite vertébrale du cou.

2° *Les Algies brachiales d'origine névrauxique.* — Elles peuvent être dues au virus de l'encéphalite épidémique. Elles comprennent d'abord les névralgies radiculaires épidémiques de Verger, les algies saisonnières de Fiessinger et Baudouin, les névralgies épidémiques de Tinel qui seraient pour les auteurs des formes sensitives pures de l'encéphalite épidémique.

Et surtout les algies de l'encéphalite épidémique aiguë, qui sont une forme clinique de cette affection, caractérisée par l'association des algies à des myoclonies.

Le zona du membre supérieur ou mieux cervicobrachial est encore une cause d'algie dont les particularités sont bien connues.

3° *Les algies traumatiques.* — Ce sont la causalgie, la névrite ascendante, les algies du moignon.

Due à une blessure du médian, parfois du cubital, exceptionnellement du radial, la *causalgie* est un syndrome douloureux bien spécial qui cède soit à l'alcoolisation du médian, soit à la sympathectomie périartérielle.

La *névrite ascendante*, encore appelée, eu égard à sa pathogénie, névrite irradiante, extenso-progressive, irradiée, algie diffusante, tire son origine, soit d'une plaie de l'extrémité du membre, soit au contraire d'une plaie thoracique.

Elles seraient dues, non à une propagation toxique ou infectieuse le long du nerf, mais à une irritation du sympathique. L'auteur cite des exemples dans lesquels la virtuosité d'un neurologiste jointe à celle d'un chirurgien ont eu raison de ces douleurs.

Les douleurs des amputés du bras ou de l'avant-bras ont été bien étudiées par Leriche qui en a précisé les modalités et qui cèdent soit à l'excision des névromes, soit à la sympathectomie, soit à la ramisection, suivant les cas.

4° *Les algies par malformations rachidiennes cervicales.* — Elles sont dues soit à des côtes cervicales, soit à une hypertrophie des apophyses transverses, soit à des spondylites déformantes de types divers. On peut voir aussi le syndrome de Klippel-Feil s'accompagner d'un syndrome douloureux cervico-brachial. Enfin un *spina bifida occulta* de l'arc postérieur de la 7° cervicale a pu causer une algie scapulaire persistante.

5° *Les syndromes douloureux des extrémités supérieures.* — Contrairement aux algies étudiées jusqu'ici, ces dernières siègent plutôt aux doigts et à la main, qu'à la racine du membre. Ce sont :

Le syndrome de Raynaud.

L'érythromélgie de Weir Mitchell, association de troubles vaso-moteurs, d'hyperthermie, de douleurs à caractère très spécial. L'acroparesthésie de Schultze ou mieux acrodysésthésie qui peut être essentielle ou symptomatique.

Enfin l'acrodynie particulièrement l'acrodynie infantile qui est une véritable maladie infectieuse à virus encore inconnu.

DIAGNOSTIC DES ALGIES BRACHIALES

L'interrogatoire et l'examen méthodique du malade souffrant d'une algie du membre supérieur sera complété par les radiographies, l'analyse du L. C.-R., l'exploration au lipiodol des cavités épidurales et sous-arachnoïdiennes.

Comme fil conducteur de la discussion du diagnostic, l'auteur propose la classification anatomique suivante :

1° *Algies extra-nerveuses*. — Elles ont leur point de départ dans :

a) les articulations (arthrite rhumatismale de l'épaule, arthrite tuberculeuse, rhumatisme articulaire aigu, luxation, périarthrite) ;

b) les os : (ostéosarcome, ostéomyélite).

c) les vaisseaux (artérites sténosantes, diabétiques, phlébites, lymphangites).

2° *Algies paranerveuses*. — Elles sont dues à la compression et à l'irritation des nerfs par une lésion de voisinage.

a) compression des nerfs périphériques (névrites).

b) compression des plexus (néoplasme du sein, anévrysme, tuberculose pleuro-pulmonaire apicale).

c) compression des funicules (cervico-brachialites par arthrite des trous de conjugaison, mal de Pott, cancer secondaire du rachis, traumatismes du rachis).

d) compression des racines (tumeurs méningées sous-arachnoïdiennes, pachyméningite cervicale hypertrophique).

3° *Algies nerveuses*. — En dehors des cas d'ordre traumatique et rhumatismal que nous avons déjà étudiés, l'atteinte nerveuse, qu'elle soit localisée au nerf périphérique, au plexus, à la racine, au ganglion est habituellement consécutive à une infection (syphilis) à une intoxication (polynévrites) ou à une auto-intoxication (diabète).

Tous ces agents nocifs peuvent d'ailleurs s'être localisés sur la moelle (tabès, myélites) ou sur l'encéphale (syndrome thalamique, épilepsie sensitive). Il convient de ne pas oublier les algies sympathiques, les algies réflexes (angor, affections hépatiques) ou psychiques.

TRAITEMENT

En dehors des diverses thérapeutiques spéciales exigées par chaque cas et signalées en cours de route, l'auteur donne tous les détails des nombreux traitements qui viennent à bout des formes aiguës et chroniques de la cervico-brachialite rhumatismale (antinévralgiques, antirhumatismaux, injections locales, lumière, chaleur, rayons rouges, ionisation aconitinée, rayons ultra-violet, diathermie, cures thermales).

M. HESNARD (*de Toulon*) précise les caractères cliniques et évolutifs des algies dites névralgiques. Il y a là deux groupes très différents de faits cliniques : celui des radiculites infectieuses par infection neurotrope probablement banale, et celui des algies centrales par lésions encéphaliques. Il croit à l'origine infectieuse de certaines algies dites, fautes de mieux, rhumatismales. Il a surtout observé les algies de ce genre chez des médecins, probablement parce que ceux-ci font appel sans hésiter au neurologiste.

M. COURBON (*de Paris*). — L'algie des amputés s'accompagne : a) de l'illusion de siéger dans la main absente, avec d'autant plus de netteté que l'amputation siège plus haut, cela parce que plus la partie du membre restant est longue, plus nombreuses sont les sensations réelles qui parties de la périphérie réduisent l'illusion de main-fantôme ; — b) de l'illusion que cette main-fantôme est dans l'attitude fonctionnelle qu'avait la main-réelle lorsqu'elle fut blessée ; cela par suite de la reviviscence de la personnalité du sujet au moment des circonstances émouvantes de la blessure. D'ailleurs des reviviscences, beaucoup plus complètes de la personnalité, eurent lieu fréquemment pendant la guerre en dehors de toute blessure. — Une autre algie intéressante est l'algie organo-psychopathique intermittente, qui, quoiqu'ayant un substratum physique réel, ne se produit que lors d'un accès de psychose et par conséquent reçoit une expression plus ou moins délirante capable de faire méconnaître sa nature organique.

M. POROT (*d'Alger*) n'a pas rencontré en Afrique du Nord, avec autant de fréquence que le signale le rapporteur, la cervico-brachialite rhumatismale. Il souligne, lui aussi, la fréquence de l'effort comme cause occasionnelle, et cite deux cas apparus après des tractions pénibles (port répété et prolongé de bagages).

Chez des opérées du sein, en présence d'une algie bra-

chiale, on est tenté souvent d'incriminer d'abord une récidive auxiliaire ou une métastase rachidienne, alors qu'il s'agit parfois de toute autre chose. Il cite un cas typique d'algie sympathique curable, survenue un an après l'intervention, et un autre cas d'arthrite cervicale survenue chez une femme qui fit du rhumatisme infectieux post-opératoire.

Il esquisse la séméiologie de ces arthrites cervicales si fréquentes derrière les algies cervico-brachiales. A côté du rhumatisme diathésique des sujets de la cinquantaine, il y a toute la série des arthrites et des spondylites infectieuses, puis, chez l'enfant, les arthrites cervicales d'origine naso-pharyngée, les localisations rachidiennes hautes du rhumatisme polyarticulaire aigu. Enfin, il rappelle cette forme si élective de rhumatisme tuberculeux de Poncet déterminant au cours d'une poussée généralisée fébrile, une arthrite cervicale qui s'apaise et aboutit souvent à des subluxations tardives (rhumatismes disloquants), forme décrite en 1911 par Curtillet et Lombard et dont lui-même a publié un cas en 1923.

M. MOLIN DE TEYSSIEU (*de Bordeaux*). — Les parésies douloureuses du plexus brachial décrites en 1917 avec André Leri chez des sujets entachés de bacillose, avec prédominance de signe de pleurite des sommets se caractérisent par le maximum d'intensité douloureuse au niveau de l'épaule, l'apparition précoce des phénomènes parétiques, la disposition en bande de l'anesthésie qui les accompagne, la coexistence d'amyotrophies discrètes et de réaction partielle de dégénérescence. La présence constante chez les sujets observés de voussure du dôme pleural avec effacement du creux sus-claviculaire comblé par des ganglions infiltrés et une plèvre épaissie avait fait retenir une étiologie traumatique en raison de connexions anatomiques intimes des filets nerveux et des tissus pathologiques. Il semble que cette conception mérite d'être révisée en partie. Des recherches systématiques entreprises sur un grand nombre de tuberculeux pulmonaires ont permis de noter la rareté de ces formes cliniques. Elles ne s'observent que chez certains sujets du type sympathico-tonique présentant de petits signes de défaillance surrénale, elles peuvent manquer malgré l'existence de causes manifestes de compression sus-claviculaire. L'origine toxique de tels troubles douloureux semble plus vraisemblable.

MM. CROUZON et COLAMY (*de Paris*) rapportent deux cas de causalgie observés dans la même localité et consécutifs

tous deux à une morsure faite par des chats différents. La lésion produite était dans les deux cas minime, à peine perceptible et ne s'était accompagnée d'aucune infection. La causalgie a duré pendant plusieurs mois et a évolué par poussées avec fièvre. Il s'agit là d'une étiologie tout à fait rare et qui peut-être doit être rapprochée des troubles consécutifs aux morsures de rat.

MM. SICARD et HAGUENAU (*de Paris*) montrent l'analogie de cette variété de névralgie avec la névralgie sciatique. Ils indiquent les raisons anatomiques qui expliquent leurs similitudes et leurs différences, montrent qu'il s'agit dans ces cas d'une pathogénie funiculaire. Les mêmes règles diagnostiques sont applicables à la sciatique et à l'algie cervico-brachiale, et aussi les mêmes règles thérapeutiques. Les auteurs insistent surtout sur le traitement par les injections locales et épidures.

M. DIVRY (*de Liège*). — A côté des cervico-brachialites, si minutieusement décrites dans le rapport du P. Roger, on peut observer de véritables névrites du plexus brachial. Dans ces conditions, à côté de la douleur qui est le symptôme prédominant des cervico-brachialites, on relève des troubles moteurs plus ou moins accusés et plus ou moins étendus, de l'atrophie, de la réaction de dégénérescence et des troubles objectifs de la sensibilité.

L'auteur présente deux cas de plexite brachiale bilatérale, survenus chez deux frères.

M. R. TARGOWLA (*de Paris*) rappelle la description qu'il a donnée de la névraxite disséminée à forme anxieuse, affection caractérisée par 1° un syndrome mental (psychose anxieuse), 2° un syndrome neurologique fruste, témoin d'une atteinte disséminée du névraxe rappelant la sclérose en plaques au début, 3° un syndrome sympathico-thyroïdien, 4° des altérations sanguines ; dans les cas typiques, cette psycho-encéphalite fait suite à un état grippal mal déterminé avec coryza ou angine après une incubation de trois semaines. Le salicylate de soude intraveineux, le sérum de convalescent, les arsénicaux, donnent fréquemment des résultats thérapeutiques remarquables.

Il s'agit vraisemblablement d'une névraxite toxi-infectieuse à virus filtrant, proche parent de la maladie de Charcot, de l'encéphalite épidémique, de l'encéphalite grippale et du rhumatisme cérébral subaigu.

II. COMMUNICATIONS DIVERSES

MM. E. TOULOUSE et R. TARGOWLA : Sur le fonctionnement de l'Hôpital Henri-Rousselle. — Les auteurs signalent l'accroissement considérable du mouvement des consultations et des entrées qui oblige à des internements hâtifs en raison de l'exiguïté des locaux continuellement encombrés. Un certain nombre de ces internements, parfaitement justifiés au regard de la loi pourraient être évités ou retardés s'il était possible de garder les malades pour les observer et les traiter.

Ces constatations apportent un argument de fait à la nécessité de réviser l'assistance aux psychopathes non pas sur la base de l'internement, mais sur celle de l'hospitalisation libre, les quartiers fermés des hôpitaux psychiatriques ne devant recevoir que les malades impossibles à soigner et à garder dans les sections libres.

MM. DEMAY (*de Clermont, Oise*) et RENAUX (*d'Angers*) : La loi de 1838, loi d'assistance. — Selon une opinion très répandue dans le grand public et même dans certains milieux médicaux, la loi du 30 juin 1838 aurait eu exclusivement pour objet de protéger la société contre l'aliéné, sans se préoccuper en rien de l'assistance aux individus atteints de troubles mentaux légers ou des malades inoffensifs mais incapables d'être soignés à domicile. Cette conception ne répond nullement à la réalité. L'art 25, § 2 de la loi de 1838 prévoit le placement à l'asile des malades qui ne compromettent point l'ordre public ou la sûreté des personnes. En fait, cette disposition de la loi n'est pas appliquée dans la plupart des départements, et cela pour des raisons budgétaires, le prix de journée des indigents placés volontairement (art. 25) étant supérieur à celui des malades placés d'office (art. 18). On aboutit ainsi ou à interner d'office des malades non dangereux ou à refuser d'admettre à l'asile des malades qui ont besoin d'être hospitalisés, solutions également déplorables. Il est nécessaire de réagir contre ces fâcheux errements. C'est ce qu'ont fait, d'ores et déjà, certains médecins-directeurs d'asiles, entre autres, M. Baruk à Angers, MM. Levet et Beaussart à la Charité qui ont fait approuver par l'administration et le Conseil général, et mis en pratique dans leur département respectif, le placement volontaire gratuit des indigents. On voit que cette mesure, parfaitement légale, est

d'application aisée et devrait être généralisée. Ainsi, bien avant qu'il ne fut question des services ouverts, d'ailleurs très recommandables, la loi de 1838 a permis, et permet l'hospitalisation rapide, sans formalités vexatoires, des psychopathes légers et curables.

M. BEAUSSART (*de la Charité-sur-Loire*) appuie l'opinion de MM. Demay et Renaux et signale que dans la Nièvre on admet non seulement le placement volontaire des indigents, mais le placement demandé par le malade lui-même (auto-placement volontaire). Cette disposition a reçu l'approbation ministérielle et pourrait, par conséquent, être appliquée dans tous les asiles.

M. Paul VERSTRAETEN (*de Gand*) : La Malariathérapie des Psychoses autres que la P. G. — L'autcur a impaludé 73 chroniques dont l'affection avait une allure périodique ou continue, démentielle dans la plupart des cas et n'a obtenu que deux rémissions sérieuses, deux passagères et quelques atténuations par disparition de l'agitation coléreuse ; 4 moururent plusieurs mois après les réactions fébriles.

Il a également inoculé 24 femmes dont la maladie aiguë ou l'accès périodique remontait à moins d'un an, avec les résultats suivants : 6 rémissions complètes, 1 passagère, 6 améliorations, 11 insuccès complets dont un décès (T. P.).

Cinq malades atteintes de psychoses épileptiques internées depuis moins d'un an furent impaludées sans aucun résultat.

Conclusions : La pyréthothérapie (et spécialement l'impaludation) peut être utile : 1° à la plupart des périodiques avec symptômes catatoniques (les excités réagissent mieux et plus rapidement que les déprimés) ;

2° aux schizophrènes récents dont la santé physique le permet.

M. Paul VERSTRAETEN (*de Gand*) : Les Anormaux simulateurs aux prisons de Gand. — Le dépistage de la simulation se fait à l'Annexe psychiatrique dans d'excellentes conditions et la psychose pénitentiaire peut souvent y être prévenue ou guérie.

Depuis la réforme dans le régime des prisons, l'une et l'autre se font plus rares non seulement chez les normaux mais aussi chez les anormaux mentaux et la plupart des cas rapportés ici, furent observés il y a quelque temps déjà. Au début, il y eut peut-être augmentation passagère, les rusées récidivistes s'imaginant exploiter habilement la bienveill-

lance des psychiatres, nouveaux venus aux prisons et « qui voyent des fous partout ».

Pour les sursimulateurs débiles ou excités, qui rapidement doivent se rendre compte « qu'il n'y a rien à faire », la sévérité s'impose. Si celle-ci ne suffit pas, et surtout si l'état d'excitation se maintient, il faut les traiter comme d'autres malades excités.

L'enveloppement dans un drap mouillé est à conseiller ; loin d'exaspérer leur fureur et leur rancune, il calme leur agitation ; l'intimidation, médicalement comprise, a du bon.

La douceur et la persuasion sont généralement à conseiller, lorsque la supercherie est découverte chez les psychopathes déprimés exagérateurs ou simulateurs vrais intelligents. L'indulgence cependant n'exclut pas la fermeté.

M. DONAGGIO (*de Modène*) : Indications pour l'étude de l'architectonie cellulaire corticale. — Selon l'A., une nouvelle série de recherches se présente dans le terrain de l'étude de la cyto-architectonie corticale, si l'on analyse l'élément nerveux avec des méthodes appropriées. L'A. donne des indications à ce sujet :

1° La Cyto-architectonie corticale n'a pas encore été étudiée d'une façon méthodique au point de vue de l'analyse de la structure neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans les divers territoires corticaux. Le réseau neuro-fibrillaire endo-cellulaire décrit par l'A. et confirmé par R.-Y. Cajal, présente, selon la démonstration déjà donnée par l'A., des particularités structurales à plusieurs points de vue, y comprise la façon de s'originer du cylindraxe : ces particularités constituent des formations caractéristiques. Une recherche qui soit en condition de révéler d'une manière précise ces différences de structure est seule possible avec les méthodes de l'A. qui permettent une analyse complète et exacte du réseau neuro-fibrillaire. Depuis quelque temps, l'A. fait des recherches cyto-architectoniques dans le but de déterminer l'existence prééminente des différentes formations caractéristiques du réseau neuro-fibrillaire dans les différentes régions de l'écorce cérébrale, avec des résultats initiaux positifs. L'A. attire l'attention sur cette voie de recherche qui demande à être poursuivie par l'intervention de plusieurs chercheurs.

2° On peut retrouver des éléments importants de cyto-architectonie corticale dans la pathologie de l'écorce cérébrale humaine, en particulier dans ces conditions de pathoclyse spécifique qui donnent lieu à des lésions de neurosystèmes. Mais si l'on fait exception des cas de

désordres ou d'atrophie des stratifications cellulaires, la méthode de Nissl ne peut pas révéler d'une façon exacte les stratifications cellulaires lésées, parce que la chromato-lyse se manifeste très fréquemment avec une extrême diffusion, étant très facile à se produire à la suite de conditions, même non pathologiques. La lésion corticale de ce que l'A. appelle cytoneurosystème peut se préciser avec l'étude analytique du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire qui, d'après la loi établie par l'A., est très résistant, tombe difficilement dans la lyse, mais peut présenter des modifications qui possèdent une valeur anatomo-pathologique. Même, dans ces recherches sur les cyto-neurosystèmes corticaux lésés, qui peuvent éclaircir des problèmes de cyto-architectonie, la nécessité d'une analyse exacte du réseau neurofibrillaire conduit à l'indication des méthodes de l'A., et précisément de la méthode qui sert pour l'étude de l'encéphale (*méthode IV à la pyridine nitrique*), en vue de la déficiente capacité analytique et de la variabilité des résultats qui est le propre des méthodes de réduction argentique.

3° Les recherches cyto-pathologiques sur les animaux peuvent donner des faits importants pour la cyto-architectonie comparée. L'A. a démontré avec ses méthodes que l'on peut vaincre la résistance du réseau neuro-fibrillaire endo-cellulaire dans les mammifères adultes en déterminant une congélation et même une lyse du réseau, si l'on associe à certaines conditions expérimentales pathologiques, par exemple les intoxications, l'action de la perfrigération (2^e loi de l'A., de la vulnérabilité du réseau par l'action combinée de conditions pathogéniques particulières). Selon les résultats de l'A. confirmés par d'autres recherches, l'on observe une diversité dans la localisation des lésions du réseau en rapport à la diversité de l'action toxique, en étant constante, l'action de l'élément perfrigération ; la perfrigération ainsi fonctionne comme un réactif qui sert à révéler la localisation des lésions. L'expérimentation avec des substances toxiques à action combinée pratiquée avec le réactif perfrigération pourra révéler des lésions de cytoneurosystèmes diversement localisées. L'A. rappelle des recherches qu'il a fait dans cette direction.

Des recherches systématiques suivant les indications présentées pourront contribuer à déterminer l'existence et la signification de divers cyto-neurosystèmes, et à conduire à une connaissance plus approfondie de la cyto-architectonie corticale.

M. OTAKAR-JONATA (*de Prague*) : Examen cyto-morphologique du sang dans la schizophrénie.

M. HESNARD (*de Toulon*) : Les troubles nerveux et psychiques, consécutifs aux tremblements de terre en Corinthe.

M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*) : Sur quelques cas de psychose interprétative aiguë.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Robert LARGEAU (*de Paris*) : Vagatonie et alcalose.

M. René TARGOWLA (*de Paris*) : La névraxite disséminée à forme anxieuse.

MM. VAN BOGAERT et NYSSSEN (*d'Anvers*) : Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux.

MM. COMBEMALE et A. TRINQUET (*de Lille*) : Traitement curateur des états d'agitation par le somnifène en injection intra-musculaire.

MM. COMBEMALE et A. TRINQUET : Sur un nouvel hypnotique : le somnothyrid.

M. BERSOT (*Neuchâtel*) : La statistique des aliénés en Suisse.

M. VERMEYLEN (*Bruxelles*) : L'assistance des enfants anormaux aux dispensaires d'hygiène mentale de Bruxelles.

MM. DELBEKE et VAN BOGAERT : Le problème général des crises oculogyres.

M. Paul MARTIN (*Bruxelles*) : 1. Enorme endothéliome de la faux du cerveau. — 2. A propos de la radiographie dans les cas de tumeurs cérébrales.

M. BORREMANS (*Mortsel*) : Neuro-fibromatose généralisée chez un hérédo-syphilitique ; compression hypophysaire par une vésicule infundibulaire.

MM. VAN BOGAERT (*Anvers*) et MARTIN (*Bruxelles*) : Ménin-giome de la région rolandique gauche ; extirpation ; guérison (présentation de la malade).

FROMENTY.

Le prochain Congrès aura lieu à Pâques 1929 à Barcelone. Le programme sera publié ultérieurement dans les *Annales*.

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR

Ministère de la Justice. — Est promu au grade de Chevalier, M. le D^r Truelle, médecin en chef de l'Asile Clinique (Ste-Anne), Expert près le Tribunal Civil de la Seine, ancien Président de la Société médico-psychologique.

Nos plus vives félicitations à notre collègue et ami.

H. C.

NÉCROLOGIE

Le docteur Henri Colin, médecin en chef honoraire de l'asile Sainte-Anne, rédacteur en chef des *Annales Médico-Psychologiques*, et Mme Henri Colin (132, avenue du Roule, à Neuilly-sur-Seine), M. et Mme Jean Colin, M. Jacques Colin viennent d'avoir la douleur de perdre leur fils, frère et beau-frère, M. *Pierre-André Colin*, externe des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, Médaille militaire, Croix de guerre, décédé à l'âge de 32 ans, des suites d'une maladie contractée pendant la guerre. Les obsèques ont eu lieu le 19 octobre. Il n'a pas été envoyé de faire-part.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

M. le D^r Briau, reçu avec le n° 2 au concours de 1928 a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre), en remplacement de M. le D^r Beausart, nommé médecin-directeur (arrêté du 9 juillet 1928).

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 74^e réunion de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu le 1^{er} et le 2 décembre 1928 à Zurich. Thème de discussion : *Caractérologie*. Rapporteur : P.-D. D^r W. Boven (Lausanne).

Les confrères ayant l'intention de présenter des communications sur ce thème ou sur un autre sujet devront s'adresser au président (D^r O.-L. Forel, La Métairie, Nyon) au plus tard pour le 31 octobre.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*Un voyage d'études dans les asiles
de Hollande*

A l'issue du Congrès d'Anvers, les aliénistes hollandais, avec une générosité magnifique, offrirent à leurs collègues étrangers, un voyage d'études dans les hôpitaux psychiatriques de leur pays. Cette excursion à travers une contrée coquette, parmi une population dont le bon sens égale le bon cœur, et dans des établissements dont l'organisation aussi luxueuse que libérale, a radicalement banni toute trace du caractère maussade de l'ancien asile d'aliénés, fut à la fois une aventure merveilleuse par le nombre des émotions délicates qu'elle fit naître, et une magistrale leçon d'assistance par la richesse des enseignements qu'elle dégagait.

Nos hôtes avaient choisi pour nous guider l'éminent président de la Société néerlandaise de psychiâtrie et de neurologie, le docteur Van der Scheer, directeur de l'asile de Santpoort, membre assidu et écouté des réunions scientifiques de Paris et de France. Et ma bonne étoile avait voulu que je fusse inscrit sur la liste des invités à ce beau voyage.

I. LA MERVEILLEUSE AVENTURE

Il advint donc qu'en l'année 1928 de l'ère chrétienne, et 419 ans après la publication de « l'Eloge de la folie », les psychiâtres des Pays-Bas, convièrent leurs confrères et leurs épouses à venir voir les méthodes qu'ils employaient pour traiter les victimes de la capricieuse Déesse, dont leur illustre ancêtre Erasme, avait si audacieusement célébré la gloire. Et pendant les 6 jours que dura la visite ils ne cessèrent de combler leurs hôtes des attentions et des gentilleses les plus charmantes qui se puissent concevoir.

La marche sur Berg-op-Zoom. — Le samedi, à une heure de l'après-midi, notre caravane quitta Anvers. Un autocar l'emporta par la plaine féconde en moissons et tachetée d'opulents villages qui gagne la Hollande. La frontière fut franchie sans incident, et l'on fut bientôt à l'orée de la vieille petite ville de Berg-op-Zoom. Des nuages gris pesant sur nos têtes et mêlés à l'horizon avec la mer lointaine, tombait comme une cendre sur la campagne plate et sur l'Escaut. Ternes et rases les îles de son delta ne se distinguaient des flots incolores que par les fûts clairsemés de leurs

arbres. Celle de Beveland présentait l'échancrure du Verdrongenland, portion de son rivage submergée au xvi^e siècle par une inondation qui noya plusieurs milliers d'habitants.

Le souvenir de cette catastrophe, dans ce morne paysage où la terre et l'eau se confondent, éveille la grande pitié que l'on éprouve devant tout accident de la lutte de l'homme contre la nature : ce fut l'éboulement relativement banal, mais beaucoup plus grave, hélas, que les autres, d'une digue. Il n'inspire pas la tragique horreur du gouffre d'Is où l'océan précipitant avec fureur ses glauques vagues contre une avalanche de rochers, perpétue la colère divine qui engloutit pour la châtier une cité perverse, cité dont la belle princesse Dahut « se faisait, dit la légende, une couronne de ses vices et prenait les sept péchés capitaux pour pages ».

Berg-op-Zoom, propre et somnolente comme un gros bourg de Flandre a une vieille porte et trois clochers. Elle dût capituler plusieurs fois : d'abord réellement dans l'histoire, comme forteresse, notamment sous l'attaque du maréchal Maurice de Saxe ; ensuite symboliquement au théâtre de Sacha Guitry, comme jolie femme entre les mains d'un galant commissaire de police. A notre tour nous campâmes une nuit dans sa bonne auberge où l'on nous mena banqueter et coucher après la visite de l'asile.

Une plantation. — Un damier de cultures intensives et de jachères broussailleuses ; un égrèment de maisons de briques à volets gaiement bigarrés, à fenêtres encadrées de teintes vives et parfois à balustrades blanches comme des bunga-

lows ; une église dominant le tout de sa tour carrée ; des travailleurs courbés vers le sol : voilà l'asile de Vrederust « Paix et Repos ». L'aspect est celui d'une plantation coloniale, plus que d'un établissement agricole. Aucun mur n'y rappelle la claustration.

Le pain et le sel de la bienvenue antique, nous furent présentés sous les espèces plus modernes du thé, du café, des gâteaux et des cigares. Puis le directeur, le docteur Dikland, escorté de ses collègues de Jonge et Preuniger, nous dirigea à travers son domaine et ses pavillons.

Des salles ni trop vastes, ni trop réduites, peintes de haut en bas, chacune d'une couleur vive mais différente ; des croisées à guillotine ou des balcons ouvrant un large accès à l'air et à la lumière ; un mobilier ripoliné, en harmonie avec la teinte des murs ; des rideaux aux baies, des broderies et des bibelots sur les tables, des plantes, des fleurs ; des lits de formes variées suivant les dortoirs ; des escaliers à pente aussi rapide que des échelles, selon la mode de cette nation aux jarrets infatigables, et que l'étranger ne se risque à descendre qu'en se tordant les pieds à la façon du pître Charlot.

Nulle part la monotonie. Partout le cadre de la vie élégante des gens normaux. Des hommes et des femmes qui tissent, ou qui cousent, ou qui lisent. Des alités qui monologuent doucement dans l'infirmerie. Aucun agité. On se croit dans le luxueux pensionnat d'une aristocratie éprise d'hygiène et de modernisme.

On quitta à regrets cette aimable retraite, pour se rendre, en quelques minutes de voiture, dans la

salle à manger du Lion d'Or, de Berg-op-Zoom, où nous attendait un exquis festin.

Le dimanche fut une journée de vacances, dont chacun put librement disposer jusqu'à 8 heures du soir, heure à laquelle tout le monde devait se trouver à la gare de Santpoort: Revoir le musée et la patrie de Rembrandt, était un but tout indiqué, pour qui les connaissait.

De l'Escaut au Zuydersée. — Le soleil s'était levé radieux sur la campagne brabançonne. Aux stations, les villageois en costumes de fête, s'entassaient dans les wagons. Suant, sifflant, la locomotive arriva au bord du gigantesque écartement de 2 kilomètres: le Hollandisch Diep que la Mer, impatiente de retrouver la Meuse, creusa au Moyen-Age dans les terres. Camisolée depuis entre de solides digues et sanglée par un pont de 14 arches, elle ne cesse d'y grimacer, soulevant éternellement les courtes et rageuses lames que peignit van Goyen.

Après la traversée d'un premier port fluvial, à Dordrecht, celle d'un second encore plus formidable, à Rotterdam; puis l'enjambement de la ville elle-même sur un pont qui la domine, et où une motrice électrique remplaça la locomotive à vapeur. Ensuite ce fut l'immense et plane étendue des pâturages verts où l'eau des canaux, la brique des chaussées, et les rails des voies ferrées, brodaient des galons bleus, des rubans rouges et des filets d'argent. Recherchant l'ombre des ailes désormais immobiles des moulins désaffectés, les taureaux au poil lustré retenaient les troupeaux autour d'eux. A de grands baquets éparpillés, les vaches blan-

ches et noires de la région de Schiedam se régalaient de tourteaux de genièvre. Et de loin en loin, le gonflement d'une voile marquait le passage silencieux d'une barque lente, comme au temps de Cuyp et de Potter.

Mais les bicyclettes de toutes tailles, les automobiles de toutes formes, les tramways, les trains se dépassant les uns les autres, filaient avec une rapidité toute moderne. La bicyclette est la monture nationale de la Hollande. Les enfants savent s'en servir avant que de savoir marcher. Les mères y portent le dernier-né sur le cadre et l'avant-dernier en croupe. Les amoureux étendent leurs belles en travers de leurs guidons. Les fiancés roulent côte à côte en se tenant enlacés. Et sur le quai des gares, une rangée de râteliers est destinée au support de ces précieux engins.

Delft et les nénuphars de ses fossés, la Haye et ses roses bâties, Leyde et ses hôpitaux sévères, Harlem et ses fleurs se succédèrent et l'on atteignit Amsterdam.

Une cité des couleurs et des reflets. — Amsterdam n'est pas flottante comme Venise. L'eau n'y est qu'une parure et non un moyen. Elle y étale des écharpes, des colliers, des bracelets, plus qu'elle n'y creuse de chemins. On circule par les rues, à pied, à cheval, en voiture, et l'on ne voit pas grand chose à s'y promener en bateau.

La gare écarlate se mire dans l'azur d'un détroit, que les goëlands festonnent des arabesques blondes de leur vol. A la surface des maisons, les briques et la chaux qui les jointe, tracent des cases rouges et blanches, où de noirs châssis encadrent d'énormes fenêtres à coulisse. Les canaux

presque toujours s'enfoncent entre des quais, où derrière une rangée d'arbres, les hautes façades à pignons installent les gradins d'un perron sans auvent. Ils sont autant de frises où les reflets des choses et des êtres se peignent sur un fond de tonalités diverses, suivant que la pierre, les fleurs, l'herbe ou les feuilles recouvrent leurs bords.

Dans la foule cosmopolite, les gibus et les coiffes de dentelles, piquées de coques d'or, ou surmontées d'une antique capote noire, signalaient les campagnards. Des vendeurs, sans goût ni grâce, offraient des pivoinés et des orchidées toutes honteuses des vilaines pattes qui les présentaient. Une longue séance parmi les merveilles du Musée, une rapide promenade par les rues, les quais et le port, un court arrêt devant les églises rouges, l'Hôtel de Ville et le sévère Palais Royal, une hâtive expédition du dîner, qui se sert entre 5 et 8 heures dans les brasseries, puis il fut temps de prendre le train pour Santpoort, qui est à 25 minutes à l'ouest d'Amsterdam, deuxième gare après Harlem.

Dans le murmure de la forêt. — Santpoort, théoriquement un village, est un éparpillement de villas, sous la futaie bruissante. Résidences de la bourgeoisie moderne, elles ont remplacé les rendez-vous de chasse et de pêche de l'aristocratie batave du Moyen-Age, alors que le polder de Harlem était encore une mer. C'est là que soir et matin, pendant l'intervalle de nos explorations, nous fûmes l'objet de mille gâteries de la part des familles de nos collègues : Beyerman, Mees, Kraus, Meyies, Jansen, Nagtegaal, Leicher, Graves-tein, Piccardt, et des habitants, qui avaient voulu

eux-mêmes participer à notre réception. Mme van der Scheer et ses gracieuses filles donnaient l'exemple, tandis que ses garçonnets, estafettes vigilantes, faisaient la liaison entre le poste de commandement de leur père et les divers points du cantonnement.

Dans la salle des fêtes de l'asile, chaque ménage étranger fut présenté au ménage qui l'hébergerait. Et l'on fit connaissance devant une tasse de thé, en écoutant de la musique et de jolies voix, telles que celle de Mme Sturmann, la femme de notre aimable confrère.

A 11 heures, chacun se retira sous son toit. Aucun ne put être plus coquettement douillet, ni offrir hospitalité à la fois plus généreuse et discrète, que celui qui nous échut. Nos hôtes qui n'étaient pas médecins, y firent avec nous chaque nuit la veillée, et chaque matin, quelle que fût l'heure, prirent avec nous ce substantiel et délicieux repas, qu'est le premier déjeuner hollandais. Aussi, dans ce cadre élégant, leur conversation nous apprit-elle maintes choses que nous eûmes ignorées sans eux.

Le lundi, on partit de très bonne heure pour visiter, avant midi, l'asile de Bakhum, et après, la clinique psychiatrique d'Utrecht.

A travers le Kennmerland. — On roula vers le nord, devant de gais cottages, et par de grasses prairies. A droite la plaine, ourlée au loin par les digues de Zuydersée ; à gauche le repli annonciateur des dunes ; en travers le canal de la mer du Nord qu'on franchit ; puis le gros village de Castricum que l'on contourna. Ce sont les parages

où fut conçu le projet de la délivrance des Pays-Bas, entre les deux châteaux de Bréderode, dont les ruines avoisinent Santpoort, et d'Egmont, dont les restes gisent à quelques kilomètres de Bakkum.

On obliqua vers l'ouest, dans les bois où Brune battit les Anglais, et en quelques tours de roue on fut arrivé.

Une exploitation forestière. — L'asile de Dunenbosch « Dune et bois », étale ses bâtiments dans une vaste clairière. Des chariots de planches, des fagots, les rails d'un train Decauville, l'agreste simplicité de ses bâtiments ; tout son abord est celui d'une immense scierie.

Après le thé, les cigares et les gâteaux, le directeur, le docteur Benders et ses collègues, la doctoresse Aukès, les docteurs Van der Forren, Iten Raai et Kruytbosch, nous montrèrent leur hôpital.

Même organisation pimpante et confortable qu'à Vrederust ; même activité silencieuse dans les salles, aux ateliers et sous les galeries. Toujours pas d'agités. Dans les infirmeries, les malades alités mangent sur de légères tables de lit, comme les élégantes accouchées que gâtent leurs maris ivres de paternité. Même souci d'embellir la demeure du personnel à l'égal de celle des malades, et d'orner jusqu'au hangar de ses inséparables bicyclettes. Salles d'autopsie, laboratoires, cuisine, etc., tout aussi minutieusement installé ! A 11 heures, un lunch savoureux répara nos forces épuisées par la course, à travers cet établissement modèle.

Du pays du fromage à celui du velours. — Alkmaar, marché des fameux fromages, n'était

pas loin ; mais on préféra pousser une pointe jusqu'à la plage. En quelques ronflements de moteur on fut sur les dunes arides. Par un soleil sans chaleur, elles frissonnaient sous la fourrure blême des courtes tiges de soya ; des frissons parcouraient aussi la terne mer du Nord, et nous-mêmes, sous la bise, nous grelottions. On fit donc rapidement demi-tour. On dépassa l'asile sylvestre et on marcha sur Amsterdam, traversant « ces paysages simples si chers à Geffroy, faits d'une ligne de terre, de quelques détails, tel qu'un arbre, un toit, un bateau à demi caché par une rive et d'un immense ciel où se joue la lumière parmi les nuées ».

On passa sans y descendre, dans Amsterdam pavoisée, et à toute vitesse, sur le velours des polders, on détala vers Utrecht. Toujours de l'herbe drue, des troupeaux somnolents, des bandes d'eau bleue, noire, verte, mordorée ou grise. Par-ci par-là un rideau d'arbres, des ponts, des écluses, des canards et des chalands.

Tout d'un coup, la route disparaît sous un tunnel d'ombrages. De chaque côté, des tapis de gazon devant de châtelaines demeures prises sous l'avalanche du lierre, ou assaillies par de monstrueuses vagues de roses. Nulle muraille séparatrice entre ces somptueux châteaux. Beukelen est un de ces relais de fraîcheur où les riches marchands de la capitale venaient jadis une fois la semaine, en barque traînée par des chevaux, et qu'ils atteignent maintenant chaque soir en limousine, avant d'avoir achevé leur cigare.

La clinique neuro-psychiatrique d'Utrecht. — Elle est installée dans l'hôpital général. Le profes-

seur L. Bouman, entouré de ses collaborateurs Sillevis Smitt, Burdet, Book de Villebois, Kok Brian nous attendait.

Il nous expliqua qu'elle fut fondée en 1913 par Heilbroner. Au rez-de-chaussée sont les malades, la salle de cours, les services thérapeutiques. La section neurologique hospitalise 25 femmes et 25 hommes. La section psychiatrique hospitalise 13 hommes et 13 femmes tranquilles, 12 hommes et 12 femmes agités. Le personnel se compose de 4 assistants et de 60 infirmières ou infirmiers, celles-là soignant aussi bien les hommes que les femmes.

Au premier étage sont les divers laboratoires de photographie, de radiologie, de chimie, d'anatomopathologie, le cabinet du professeur, et la bibliothèque, enrichie des livres de Heilbroner et de Winckler. Elle est abonnée à 100 périodiques et contient 8.000 volumes. Au second sont logés les assistants et les infirmiers.

La policlinique, située au rez-de-chaussée, comprend une salle d'attente, un cabinet de consultation, deux salles d'examen ayant chacune 5 boxes permettant de faire déshabiller 5 malades à la fois. Il s'y donne 1.200 consultations par an. Un assistant spécial y est affecté. La disposition architecturale est parfaite.

Le professeur réunit ses collaborateurs deux fois par mois, pour des discussions scientifiques, et une fois pour entendre l'un d'eux exposer une question préparée d'avance.

Après un repas succulent pris sur place, on repartit à la nuit sans avoir pu jeter un coup d'œil sur la cité des archevêques. J'appris alors à mes

dépens que loin d'être toujours uni, le velours d'Utrecht a parfois de raboteuses côtes ; car monté le dernier en voiture, et ayant dû m'asseoir sur des ressorts défoncés, le roulement du retour n'eut plus, hélas, le velouté de l'aller. Par bonheur la beauté des illuminations d'Amsterdam, fut, au milieu du chemin, une heureuse diversion à cet apprentissage. Et la douceur de la couche du « Wigwam » de Santpoort eut vite chassé la courbature.

Le mardi avait pour programme le port de Rotterdam et l'asile de Portugal. La pluie, qui commença au départ, nous escorta jusqu'à midi, donnant un caractère plus âpre et plus coutumier au paysage.

Un port tentaculaire. — M. de Larivière, représentant du bourgmestre de Rotterdam, nous attendait à la gare de sa grande cité. Les rues étaient, suivant l'expression locale, barbouillées « du chocolat » des jours pluvieux. Une auto nous déposa sur le quai de Bompies, où le yacht de la municipalité était gracieusement mis à notre disposition.

On embarqua. A peine le temps de jeter un coup d'œil sur les deux rives distantes de près de 300 mètres où vaisseaux, hangars, mâtures, portiques s'enchevêtraient, que l'on démarra et vogua au fil du fleuve. La pointe de l'île fut bientôt dépassée. Du gaillard d'arrière, on la vit reculer avec les deux tabliers des ponts qu'elle jette de chaque côté. A gauche, le gros bras de la Meuse longeant la ville, avec les bateaux de voyageurs accostés aux môles des Bompies, et en retrait les grands immeubles. A droite le petit bras, où

Koningshaven, rétréci entre le port insulaire de la batellerie fluviale et les ports continentaux des navires de haute mer. La pluie, rabattant les vapeurs et les fumées, blanchissait le panache des premières et noircissait les brouillards des autres.

Alerte, notre embarcation avançait tantôt suivant, tantôt quittant le chenal balisé de 100 mètres de largeur et de 10 mètres de profondeur, s'approchant ou s'éloignant des immenses bassins du Rynhaven, du Maashaven, du Waalhaven au sud, ou de ceux du Parkshaven et de Schiehaven au nord. Elle virait, frêle pygmée autour des bordées gigantesques des paquebots des Indes, risquant elle-même de couler, sans le voir, un vermisseau de chaloupe qui rampait à fleur d'eau. Cruellement immobilisé par les bouées du « duc d'Albe », un gros bateau gonflé de céréales était supplicié par deux chalands vampires qui plongeaient leurs trompes suceuses dans ses flancs. Écœurés de la promiscuité des cargos, les steamers allongeaient leurs fines étraves pour élever dans les airs, aussi haut que possible, les prunelles de leurs hublots et les narines délicates de leurs manches à air.

De loin on apercevait les quais couverts de magasins, hérissés de grues à passerelles, encombrés de camions et de wagons, grouillants de débardeurs et de chevaux. Parfois un bloc énorme s'en détachait, entraînant vers le milieu du fleuve les marchandises, les voitures, les bêtes et les gens. C'était un bac à vapeur avec son ponton, son tablier, ses poutrelles et leurs montants, qui transportait tout son chargement d'une rive à l'autre.

Il pleuvait toujours, et pour nous réchauffer, l'équipage municipal ne cessait de faire ciculer le

thé, les gâteaux, et les cigares. Des remorqueurs trapus passaient affairés, traînant des files de péniches. Des barques de pêche glissaient dans son sillage. Une dragueuse dévidait en râlant la chaîne boueuse de ses auges. Un côtre de plaisance musardait en louvoyant. A force de rames, des yoles s'efforçaient de traverser sans dériver. Des voiliers prudemment au mouillage dansaient sur leurs ancres. Et furetant partout, le canot de police naviguait en zigzagant. Le courant limoneux était un champ labouré et foulé tour à tour par des carènes de toutes tailles, et des cales plates de toutes dimensions.

Peu à peu, les murailles des bords s'effacèrent. Devant Schiedam, les grues électriques, impatientes du désœuvrement, tendaient vers le ciel l'échelle métallique de leurs bras éplorés. Comme un taureau farouche qu'on barricade et suspend dans un travail pour le ferrer, un grand navire, soulevé entre les deux parois creuses d'un dock flottant, abandonnait son immense coque aux radoubeurs.

Progressivement, il se fit moins de bruit ; on n'entendit plus de ronflements, ni de sifflets, ni de martèlements. Des roseaux d'où s'envolaient des mouettes apparurent le long des rives. La pluie cessa. Et l'on vogua doucement au milieu d'une plaine verte. Un canal déboucha perpendiculairement sur la berge méridionale du fleuve. On s'y engagea. Au bout de deux kilomètres environ, la digue gauche gazonnée se releva avec derrière elle la ramure frissonnante d'un bouquet de peupliers. Des toitures rouges se distinguaient au loin entre les feuilles. On fit escale dans l'échan-

crure du port, au pied d'un monceau de charbon fraîchement débarqué. On se hissa sur la côte maçonnée d'où l'on redescendit dans le parc en contre-bas de l'asile.

Une factorerie nautique. — L'asile de Maasoord à Portugaal, surtout quand on y aborde par eau, avec l'activité des travailleurs des deux sexes qui évoluent sous ses arbres et entre ses bâtiments, a l'air de quelque établissement naval.

Le directeur, le docteur Pameyer, et ses collaborateurs Donkersboot, Visser, Frets, Weg, Schotman, nous accueillirent au débarcadère. On se rendit dans la salle d'honneur où, après une intéressante conférence du directeur sur l'assistance psychiatrique, eut lieu un très bon déjeuner agrémenté d'un concert de piano et violon donné par deux infirmières.

Ensuite on se rendit dans les pavillons et dans les ateliers. Et nous eûmes encore la même sensation d'élégance et de raffinement dans la décoration des pièces. L'absence des malades bruyants et agités n'était plus pour nous surprendre. A l'infirmerie, c'était la même atmosphère d'intimité et de gaieté : « Vue du lac », « Sans souci », « Coin central », etc., voilà les dénominations des divers quartiers.

L'amphithéâtre, très bien installé, possède un frigorifique ; une armoire tournante transporte le cadavre directement de la salle d'autopsie au dépôt mortuaire. Le laboratoire contient plusieurs collections de préparations constamment renouvelées par le docteur Frets.

Le pavillon consacré au logement des infirmières est d'une fraîcheur, d'un confort et d'une grâce

supérieurs encore à ceux des autres asiles. Chacune a sa chambre, avec lits-divans, fauteuils, tapis, toilettes à eau courante, larges fenêtres, claires peintures. C'est un cadre à rendre jaloux les femmes du monde qui, d'ailleurs, ne l'orneraient pas plus gentiment : des fleurs disposées avec goût ; sur les étagères des livres hollandais, français ou allemands ; parfois une cage d'oiseaux harmonieusement peinte, des morceaux de musique.

C'est dans leur salle à manger, sur de petites tables à nappes fines, que nous nous régalâmes d'une tasse de thé.

On revint à Rotterdam par le polder. Notre autocar fut transporté de l'autre côté de la Meuse pêle-mêle avec des camions, des débardeurs, des chevaux, sur le bac à vapeur. Et l'on arriva par le train à Santpoort, à six heures du soir.

Une randonnée nocturne. — Cette soirée chacun était libre. Nos hôtes nous avaient invités à dîner avec un très aimable ménage de leurs amis. Le repas, malgré la finesse de la chère, fut expédié rondement pour profiter des lueurs du crépuscule. Et nous partîmes tous les six dans une confortable, rapide et silencieuse limousine.

Elle contourna les prés et les bocages de l'asile, grimpa les lacets en sous-bois de la route des dunes et s'arrêta quelques instants sur la crête d'où dévalaient, de tous côtés, les cîmes moutonnantes de la forêt. A l'est la nuit voilait déjà la Hollande de sa traîne noire, tandis qu'à un kilomètre, à l'ouest, les derniers rayons du jour éclairaient encore la pâle danse des vagues. Puis on dégringola en trombe jusqu'à la lisière des derniers arbres, on franchit d'un bond quelques ondulations sablon-

neuses, et tournant au sud sur le rivage, on côtoya lentement la plage blonde comme le chanvre, où la froide mer du Nord berçait ses flots décolorés.

A Zaandwoort, on virá à gauche. A peine dépassées les jolies villas, et les lanternes allumées, à toute allure, à travers fourrés, bosquets, champs; par-dessus ruisseaux, canaux, rivières; dépassant cycles, voitures, autos, on piqua sur la torche flamboyante des Jeux Olympiques de la capitale.

Des guirlandes d'ampoules électriques blanches et rouges, courant le long des quais et enfourchant les ponts, lançaient des flèches d'or contre les voûtes de feuillage et plongeaient dans les canaux des chaînes de perles et de rubis, pour y attacher l'image de la cité en fête. Un pointillé de feu dessinait, dans l'obscurité des airs, la tour et le contour de sa vieille église. Bethsabée des architectures et des jardins, Amsterdam s'était parée pour son bain nocturne de plus de bijoux que n'en mit Rembrandt au portrait de la femme d'Uri, et nous avions devant elle l'émerveillement de Salomon.

Avec une grande indulgence, nos aimables guides me suivirent ou m'attendirent pendant ma recherche des scènes et des émotions d'autrefois. L'étroite Kalverstraat, toujours interdite aux voitures pendant la nuit, est comme il a vingt ans, remplie de promeneurs. Mais la pénombre des salles de café, où il était si agréable de s'asseoir pour contempler le défilé de la rue éclairée, est moins scrupuleusement respectée. Furtivement, dans un autre quartier, j'ai admiré la houppelande galonnée de ces portiers fameux, qui, avec une gravité de

suisses sur le porche de l'Eglise, ouvrent à votre passage la porte d'un paradis où des anges du sexe féminin, à peine voilés de banderolles multicolores, trônent sur une estrade, dont ils descendent pour se mêler à la foule des élus au milieu de l'encens des pipes. On s'attarda délicieusement à la terrasse d'un débit plus honnête, et quand il fut très tard, on repartit.

Aspirée par le rayon de ses propres phares, notre voiture se précipita dans le noir et le vide avec une hâte vertigineuse. Un couple de dragons lumineux, accrochés l'un à l'autre par le ventre, apparut et nous croisa ; c'était le dernier train de voyageurs qui se hâtait en se reflétant dans le canal. Le rayon directeur tourna à droite, zigzagua entre les maisons d'Harlem, patina sur des pacages, frôla des treilles en fleurs et stoppa sous un ombrage embaumé. Nous étions rendus.

Paul COURBON.

(à suivre).

LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE

ET

SES VARIÉTÉS CLINIQUES

Par le Dr G. HALBERSTADT,

Médecin des asiles

La notion des psychoses préséniles est due avant tout à Kræpelin. Il a le premier isolé ce groupe qu'il considérait d'ailleurs comme « peut-être le plus obscur de toute la psychiatrie ». Cette opinion est sans doute encore vraie aujourd'hui, l'une des raisons de cette situation est, croyons-nous, que les troubles mentaux de l'âge avancé de la vie ont été, ainsi que le fait observer Kehrer dans une excellente revue générale, très peu étudiés. Pour ce qui concerne plus spécialement les états mélancoliques, on savait certes depuis longtemps qu'ils étaient particulièrement fréquents à l'approche de la sénilité, soit comme états autonomes, soit en combinaison avec d'autres psychoses auxquelles ils donnaient un cachet spécial. On avait aussi quelques notions sur les psychoses de la ménopause et sur leur aspect généralement dépressif. Mais l'étude véritablement nosologique de ces faits était à peine ébauchée. Mentionnons cependant, parmi les précurseurs, un médecin peu connu, Krakauer, dont le nom mérite d'être sauvé de l'oubli : dès 1884, il avait émis cette maxime que chaque âge avait en général sa maladie mentale de prédilection, et il consacrait un travail d'ensemble à la mélancolie des femmes survenant après la ménopause.

L'étude des psychoses préséniles est rendue très difficile surtout pour deux raisons qui du reste s'enchevêtrent : la variété des facteurs étiologiques et pathogé-

niques, et d'autre part le manque fréquent de netteté dans les manifestations cliniques. Nous ne ferons ici qu'esquisser ces deux raisons.

A cet âge agissent, outre les causes habituelles de la folie, les phénomènes encore peu connus de l'involution, l'artério-sclérose (dont le rôle a du reste peut-être été exagéré), des émotions déprimantes fréquentes à l'approche de la vieillesse. Bumke a noté depuis longtemps cette coexistence si spéciale des facteurs exogènes et endogènes, à l'étude de laquelle Seelert a consacré plus tard un travail d'ensemble. Ce fait influe, bien entendu, sur les tableaux cliniques de ces psychoses, qui sont souvent tellement complexes qu'ils en deviennent « inclassables » (Kryspin-Exner). Comme le fait remarquer Funfgeld, tous les efforts de classification rigoureuse sont restés vains, et on n'arrive pas à séparer nettement une forme de l'autre. C'est ainsi, par exemple, que pour ce qui concerne les formes mélancoliques, nous savons (Kehrer) combien fréquente est l'association des états dépressifs avec des états interprétatifs.

Ces réserves et ces remarques préliminaires faites, nous tenons cependant à dire qu'on aurait tort de s'exagérer la difficulté de la tâche et de renoncer à tout espoir d'arriver à une solution. Nous croyons, au contraire, qu'on est déjà arrivé, somme toute, à des résultats appréciables. De même que dans le domaine des psychoses organiques, la maladie d'Alzheimer et les formes voisines, de même aussi que dans le cadre des états délirants, la psychose délirante d'involution, on arrive à distinguer dans l'ensemble des psychoses dépressives de cet âge des formes assez bien individualisées. C'est à leur étude que seront consacrées les pages qui vont suivre. Nous nous efforcerons de ne pas quitter le terrain de la clinique pure, ayant toujours en vue l'ensemble du tableau morbide et avant tout l'évolution totale de la maladie.

Notre point de départ sera la mélancolie classique d'involution, qu'on rencontre fréquemment en clientèle d'asile et qui est connue — du moins *grosso modo* — par tous les aliénistes. A la fin du dernier siècle, dans

la sixième édition de son *Traité*, Kræpelin essaya de donner à cette forme clinique une place à part dans la nosologie psychiatrique. En France, Capgras, dans sa thèse publiée sous l'influence de Sérieux, se fit, avec quelques légères réserves (pour ce qui concerne notamment les mélancolies dégénératives), le propagandiste zélé et compétent de cette conception. Son travail commence par ces mots que nous ne pouvons résister au plaisir de citer : « Nul phénomène pris isolément, dit Charcot, ne saurait être véritablement caractéristique. C'est le mode de groupement des accidents, leur mode d'évolution, d'enchaînement, la réunion des circonstances tout entière qui sert aux distinctions nosographiques. » Ces paroles méritent d'être rappelées à une époque où l'on essaie, ici et ailleurs, de substituer à l'étude de l'ensemble du tableau morbide une « analyse » psychologique incontrôlable et partant antiscientifique. Capgras estime que la mélancolie survenant avant l'âge de 40 ans n'est qu'un syndrome, la vraie mélancolie n'étant que « le reflet mental du processus d'involution ». Mais cette autonomie ne dura pas longtemps. En 1907 parut la monographie d'un élève de Kræpelin, G. Dreyfus, qui, se basant sur des observations recueillies à la clinique même de son maître, édifia une conception toute différente de cette psychose. Suivant en cela l'opinion émise par un auteur danois, Thalbitzer, il réunit la mélancolie présénile à la psychose maniaco-dépressive. L'originalité de la conception de Dreyfus consiste en ce qu'il estime que la mélancolie présénile répond à une forme clinique spéciale de la psychose maniaco-dépressive, un état mixte particulier dans lequel apparaît ce qu'il a appelé « l'inhibition psychique partielle ».

La question a pris ces dernières années une orientation nouvelle à la suite du travail capital de Medow. Cet auteur a réussi à isoler une forme véritablement autonome ainsi définie : « dépression d'involution évoluant vers un état figé » que nous proposerions d'appeler par abréviation « mélancolie figée ». Ses recherches méritent qu'on s'y arrête longuement.

Après avoir montré qu'il a eu dans son attitude

d'opposition vis-à-vis de Dreyfus des précurseurs, il insiste tout d'abord sur ce fait que Dreyfus a très certainement fait fausse-route. C'est ainsi notamment qu'il a méconnu l'importance du phénomène anxiété qui n'est l'apanage certain que des mélancolies préséniles, — et que, d'autre part, il a rattaché à la psychose périodique des cas qui n'en sont pas. Il décrit minutieusement sa forme spéciale et nous essaierons de suivre cette description pas à pas.

Les malades appartiennent à des familles où l'on rencontre des sujets tristes et hypocondriaques. Sauf dans un cas, il s'agit d'ailleurs d'individus prédisposés à la dépression mentale, de caractère soucieux et anxieux, ne prenant rien à la légère. Il y a parfois des accès dépressifs antérieurs isolés, mais jamais aucune indication de folie intermittente. L'âge de début oscille entre 44 et 57 ans. La ménopause n'a aucune influence appréciable sur l'éclosion de la maladie. Un certain rôle dans cet ordre d'idées revient aux causes psychiques (chagrins, déboires). La maladie s'installe progressivement, les premiers symptômes sont: dépression avec anxiété, inquiétude, insomnie, incapacité de travailler, idées hypocondriaques, de suicide et de préjudice. L'évolution générale est essentiellement chronique et dure de 4 ans 1/2 à 16 ans, d'après les observations personnelles de Medow : première période, quelques années, période d'état, 3 à 7 ans, état terminal, 4 à 6 ans. Voici maintenant quelques symptômes caractéristiques de la période d'état : anxiété et inquiétude, d'abord intermittentes, puis continues ; excitabilité ; dégoût de l'existence ; méfiance ; peur de l'avenir en général, en particulier de l'empoisonnement et de la ruine ; tendance à l'opposition ; désintérêt de la réalité ; idées hypocondriaques ; légère excitation motrice avec tendance à l'uniformité dans les manifestations (parfois, cependant, il y a des phases akinétiques) ; pas d'inhibition véritable, c'est-à-dire coexistant avec un désir de s'occuper. Dans tout l'ensemble clinique, il y a comme un signe « pathognomonique » : c'est l'uniformité de l'idéation et du comportement. Les malades ont le même aspect uniforme et « figé », les mêmes

paroles et les mêmes actes reviennent et finalement s'établit un état presque stéréotypé. Mais il n'y a jamais un trouble de la personnalité analogue à celui qu'on observe dans la schizophrénie : on ne trouve ni autisme, ni indifférence affective, ni maniérisme, ni aucune de ces bizarreries étranges et inexplicables qui existent chez les vieux déments précoces. En somme, pas de dissociation psychique. Le fond intellectuel reste presque intact. Pour ce qui est des idées délirantes, elles ne jouent pas de rôle important. Ce sont les idées mélancoliques habituelles qu'on observe surtout, avec quelques idées de persécution et de négation. Le délire hypocondriaque joue généralement un assez grand rôle. Quant aux hallucinations, elles sont très peu importantes. Signalons enfin l'absence de symptômes de démence sénile et d'artério-sclérose cérébrale.

Nous avons suivi dix cas de la maladie décrite par Medow et ne pouvons en général que confirmer sa description. Notre matériel clinique ne comporte que des malades femmes, toutes internées dans notre service. Il nous paraît superflu de reproduire les observations détaillées. Nous nous contenterons d'indiquer quelques points particuliers. Dans quatre cas, il y avait une hérédité vésanique certaine. Le caractère antérieur était cinq ou six fois sur dix plutôt triste, mais sans aucune anomalie marquée. L'âge du début était le suivant : 48 ans, 2, 49 ans, 1, 55 ans, 1, 58 ans, 3, 61 ans, 2, 62 ans, 1. Bien entendu, ces chiffres ne sont qu'approximatifs. Trois des malades ont eu des accès dépressifs antérieurs, l'une à 24 ans (début à 49), une autre à 50 (début à 58), une troisième à 52 ans (début à 55). Signalons que chez deux malades on note un surmenage avant le début de la psychose, chez deux autres malades, des émotions déprimantes. Le début de la psychose a toujours été progressif, sauf dans deux cas. Le tableau morbide est celui de la mélancolie, l'anxiété ne manque jamais, mais elle n'existe pas nécessairement à toutes les phases de la maladie. C'est surtout au début et à la période d'état qu'elle est marquée, plus tard ce symptôme peut dis-

paraître. Les idées de suicide sont quasi-constantes. Ce qui est également constant, c'est un état d'appréhension, surtout la peur de la ruine ou de l'empoisonnement. Les idées hypocondriaques ne nous ont pas paru être aussi constantes que le dit Medow. Presque toutes nos malades par contre ont une certaine conscience de leur maladie. Les hallucinations n'ont été notées que trois fois, le plus souvent peu intenses, sous forme de mots isolés (cris d'enfants, nom de la malade prononcé par une personne qu'elle ne voit pas). Mais ce qui est surtout caractéristique de la forme de Medow, c'est le comportement du malade et l'évolution générale de la maladie. C'est ici qu'il faut chercher les signes distinctifs et pathognomoniques de cette affection. Jamais nous n'avons vu d'état démentiel véritable, même après une longue durée de la maladie.

Mlle D. est internée depuis 15 ans, trois autres malades: B., M., R., depuis 8 ans, et chez aucune il n'y a de déchéance intellectuelle. La mémoire, l'attention, le jugement sont toujours suffisants, l'orientation reste parfaite, le contact avec la réalité ambiante ne faiblit pas. Mais ce qu'il importe surtout de retenir, c'est que la personnalité reste intacte, on n'observe jamais aucun symptôme de la série schizophrénique. Il n'y a notamment jamais d'indifférence affective. Ces faits conduisent d'ailleurs souvent à des erreurs de pronostic: on s' imagine facilement qu'il ne s'agit que d'une « dépression mélancolique » sans gravité et que le sujet va guérir, et on constate cependant un passage à la chronicité. L'anxiété, plus ou moins aiguë, est surtout l'apanage des premiers mois ou des premières années. Plus tard, elle s'estompe, et apparaît alors une inquiétante uniformité dans l'état du malade, une tendance du tableau morbide à prendre cet aspect « figé » caractéristique qui est absolument constant. Nous l'avons rencontré chez nos dix malades et nous ne croyons pas inutile de donner de nos constatations à ce point de vue un compte rendu succinct.

B., *fe. H.* — Etat presque stéréotypé. Répète toujours ces mots: non, non. Tire sur ses cheveux.

B., fe. B. — S'occupe un peu, mais d'une façon machinale. A toujours le même aspect. Parle à voix basse. Reste en quelque sorte indéfiniment à la même place.

C., fe. C. — Pose toujours les mêmes questions et demande à partir d'un même ton uniforme.

D. — Marche dans les couloirs de son pavillon, toujours d'un même pas. Semble désespérée, hésitante, craintive. Aspect invariable.

D., fe. M. — Pendant des heures, reste assise à la même place et conserve la même attitude. Il faut la guider en tout et la faire manger. Une infirmière a dit qu'elle était « sans vigueur et sans volonté ».

L., Ve D. — Etat figé commençant à se développer au bout de 18 mois.

L. — Revient toujours sur les mêmes idées et ne varie guère dans son attitude.

L. — Même remarque. Répète le même récit, se servant presque des mêmes termes.

M. — S'occupe très bien. Pousse toujours des soupirs et parfois des cris étranges, inarticulés contrastant avec son attitude générale qui est très correcte.

R., fe. M. — Reste correcte malgré un désir très vif et presque constant de contrarier le personnel. Parle toujours du même ton et conserve une expression inchangée de la physionomie.

A côté de la forme classique d'intensité moyenne qu'on rencontre le plus fréquemment en clinique (et de la forme bénigne et curable dont il sera question plus loin), il existe aussi des formes graves. Toutes ces formes ne sont pas encore suffisamment individualisées. Mais il semble qu'on puisse en décrire trois principales : le délire mélancolique fantasque, la démence mélancolique, la mélancolie présénile maligne.

Le délire mélancolique fantasque est caractérisé par l'existence d'un état dépressif accompagné d'idées délirantes d'ordre mélancolique (idées hypocondriaques, de ruine, d'auto-accusation, etc., etc...), avec nombreuses hallucinations. La prédominance des idées de négation peut donner lieu à une sous-variété spé-

cial. Il importe de retenir le caractère quelquefois tout à fait absurde et incohérent du délire et aussi la possibilité de périodes d'extrême agitation intellectuelle et motrice. Rehm fut un des premiers à consacrer à cette forme un travail d'ensemble (1910). Dans ce travail, il insiste sur l'origine artério-scléreuse de cette psychose et sur ce fait que l'état mélancolique est sous l'influence directe du délire. Ce caractère de la maladie a été déjà noté antérieurement par Thalbitzer, ainsi que le reconnaît d'ailleurs Rehm lui-même. Plus récemment, ce dernier auteur est revenu sur ce sujet. Voici quelles seraient d'après lui les caractéristiques principales de la maladie : pas d'hérédité morbide, pas d'accès antérieurs, début aigu, tristesse, mais avec fréquentes modifications de l'humeur, hallucinations de l'ouïe à tendance anxieuse et persécutrice, agitation alternant avec un état maniéré et quasi-stéréotypé, possibilité de confusion, d'artério-sclérose cérébrale. Kræpelin ne semble pas convaincu de l'autonomie de cette forme et la rattacherait, d'après Albrecht, à la psychose maniaco-dépressive. Ce dernier auteur n'est d'ailleurs pas de cet avis et plaide en faveur de son classement, en qualité de forme indépendante, dans le grand cadre de la mélancolie d'involution. Contrairement à Rehm, il attache une grande importance à l'hérédité. C'est également l'opinion de Spielmeier qui insiste sur le caractère fantasque du délire et sur la fréquente absurdité des idées hypocondriaques. L'anxiété, dit-il, se cache parfois sous une certaine loquacité apparente. Signalons enfin que Kehrer admet également cette forme et la range dans les psychoses préséniles. Sauf pour Rehm, l'origine artério-scléreuse ne paraît nullement établie.

Nous avons observé plusieurs malades de ce genre. En nous basant sur nos propres observations et sur nos lectures, nous pouvons donner le tableau schématique suivant du délire mélancolique fantasque.

La maladie se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme (cette remarque est d'ailleurs valable pour la mélancolie présénile en général). Il nous a semblé qu'elle survenait avant l'âge de 60 ans (nous

avons deux cas personnels à 49 ans). L'hérédité, les maladies physiques, l'artério-sclérose ne paraissent pas devoir être retenues comme facteurs étiologiques. Le caractère triste antérieur et les émotions déprimantes peuvent jouer un certain rôle. Une de nos malades âgée de 57 ans a eu un léger accès mélancolique à 31 ans. De tels faits sont rares. La psychose se développe assez rapidement, mais évolue parfois par poussées successives. En général, d'ailleurs, on note bien des fois une sorte d'évolution circulaire de la psychose. Les malades sont tantôt très excitées, d'autres fois plus calmes et même quelquefois dans un état voisin de la stupeur. Mais le délire et les hallucinations persistent toujours, il n'y a jamais d'intervalles lucides réels. Le délire est un délire mélancolique classique, avec adjonction fréquente d'idées de persécution (ainsi que cela s'observe à cet âge) et même d'idées de grandeur. Signe particulier : les conceptions délirantes ont parfois un caractère fantasque. Il nous paraît utile de rapporter quelques exemples de ces conceptions.

B., fe. L. — Dit qu'on lui a jeté de la poudre. Son cœur a été enlevé, son utérus a été changé.

B., Ve D. — A enfanté « le Saint-Ciboire ». Est enceinte du Messie. Elle est sainte. Enonce parfois un délire échevelé et incohérent.

D., fe. C. — A eu les « pieds brûlés ». A « un sommeil artificiel ». Possède des milliards.

L., Ve B. — Elle est reine de France. L'univers est renversé. L'équateur est déplacé.

Les malades n'arrivent jamais à une démente nette. Ils sont certes affaiblis et présentent même cette sorte d'uniformité dans le comportement général et dans les réactions qu'on observe dans la forme de mélancolie présénile classique (avec en plus les phases quasi-circulaires dont il a été question plus haut), mais il n'y a dans tout cela rien qui ressemble à une déchéance dementielle réelle. Il y en a qui travaillent et se rendent plus ou moins utiles, d'autres restent inactifs, mais relativement propres et ordonnés. Nous avons suivi certains malades pendant de longues années et

malgré notre attente n'avons pas observé de démence définitive réelle.

La démence mélancolique est une forme isolée par Kræpelin et qui est restée, semble-t-il, totalement inaperçue de tous les auteurs, sauf d'Albrecht, qui, d'ailleurs, n'en mentionne l'existence qu'en passant sans y insister suffisamment. Voici ses caractéristiques principales d'après Kræpelin : idées délirantes de nature dépressive, anxiété, évolution progressive vers la démence. La maladie débute en général entre 40 et 50 ans. Dans les trois cas personnels que nous avons observés, le début a eu lieu avant l'âge de 45 ans et l'évolution a été assez rapide. Le délire mélancolique peut être très intense et s'accompagner parfois d'idées de négation. Les hallucinations jouent un rôle effacé, l'anxiété existe comme dans tous les états dépressifs préséniles. Puis apparaît un affaiblissement des facultés intellectuelles, avec une sorte d'obtusion, de pauvreté de l'idéation, mais conservation relative de la mémoire. Finalement s'installe un état terminal quasi-stéréotypé. Seuls, les gémissements uniformes et quelques résidus des anciennes idées délirantes permettent de reconnaître la maladie initiale. Il n'est pas rare de rencontrer du maniérisme, de la sitiophobie, parfois de l'agitation.

La mélancolie présénile maligne est essentiellement caractérisée par son évolution généralement mortelle. D'après Kræpelin, la maladie se développe assez rapidement. Les sujets deviennent anxieux, manifestent des idées délirantes d'ordre mélancolique, éprouvent quelques troubles sensoriels. Puis, apparaît une phase d'extrême agitation, mais avec prédominance malgré cela de phénomènes d'anxiété et possibilité ultérieure de symptômes confusionnels. La mort survient en quelques semaines ou en quelques mois, par affaiblissement progressif ou par complication intercurrente (pneumonie, collapsus cardiaque, etc.). Nissl aurait trouvé dans plusieurs cas des lésions de l'écorce graves et diffuses, mais sans rien de caractéristique. Cette absence de lésions particulières a été récemment encore soulignée par Klarfeld, qui insiste sur leur interprétation difficile. Ce fait semble venir confirmer

l'opinion de Kræpelin, qu'il s'agit probablement dans ces cas non pas d'une maladie autonome mais plutôt d'un syndrome commun à plusieurs psychoses à évolution grave. Quoiqu'il en soit, et vu l'importance pratique de la question, il ne nous paraît pas inutile de rappeler les principales publications parues sur cette forme pernicieuse de la mélancolie. La première en date paraît être celle de Wernicke, qui rangeait ces cas dans le groupe des psychoses combinées (anxiété et agitation motrice). Nous pouvons citer ensuite une intéressante observation de Nitsche, relative à une femme de 47 ans : dépression psychique, puis anxiété avec extrême agitation, finalement état confusionnel avec mauvais état général. Doblin a rapporté deux cas de même ordre, tous les deux mortels. Ziveri a consacré à cette forme trois travaux. Dans les deux premiers, il a étudié, au point de vue clinique et anatomopathologique, un cas ressemblant aux précédents, le troisième travail est consacré à l'étude d'un nouveau cas s'étant terminé également par la mort. Voici cette observation très résumée : femme de 57 ans, sans aucune particularité physique ni psychique ; phénomènes dépressifs durant quatre mois ; puis violente agitation, à laquelle fait suite un état confusionnel. A ce moment, les forces physiques commencent rapidement à faiblir et la malade meurt bientôt dans un état adynamique, sans qu'il y ait jamais eu de fièvre ni aucun symptôme précis de maladie organique quelconque. La même année vit paraître une publication de Mees relative — fait exceptionnel — à un homme. Une autre particularité de ce cas est qu'il s'agit d'un sujet à tempérament mélancolique qui présentait de temps à autre des poussées psychotiques. L'une de celles-ci se termina par la mort, après un état anxieux particulièrement accusé. Dans l'article d'Albrecht, il est également fait mention de la mélancolie anxieuse maligne. L'auteur en rapporte plusieurs observations, malheureusement très écourtées. Il insiste sur l'importance des phénomènes d'agitation et sur leur différence avec ceux de

la folie maniaco-dépressive : l'agitation motrice est plus uniforme, a quelque chose de stéréotypé, ne s'accompagne jamais d'euphorie, et on ne note dans les paroles du malade aucune trace de fuite d'idées. Il se prononce aussi d'une manière catégorique contre l'opinion de Specht, qui estime que la mélancolie, avec agitation, doit être interprétée comme un état mixte de la folie maniaco-dépressive. Depuis la guerre a paru, sur les psychoses préséniles, un intéressant article du médecin finlandais Oksala (1923), basé sur trois observations recueillies à la clinique de Kræpelin. Voici comment résumait son opinion Lhermitte et Nicolas, dans leur important travail d'ensemble de 1924, à propos des « formes démentielles pernicieuses de la sénilité et surtout de la prédécadence sénile » : « ainsi que le fait remarquer O., dans un travail tout récent, l'agitation sévère et incohérente, les gémissements monotones et stéréotypés, les mouvements rythmiques ou désordonnés, sans but, les idées délirantes mal systématisées, mais toujours de teinte triste, le mutisme, le négativisme diffus, tout cela rappelle assez bien la catatonie de Kahlbaum-Hecker ». Mais il y a cependant, disent-ils, ces deux différences essentielles : l'âge et l'évolution rapide vers la mort par cachexie.

Nous devons passer maintenant à l'étude des formes relativement bénignes de la mélancolie présénile. Deux obstacles se dressent à cette étude : c'est en premier lieu l'extension démesurée prise dans ces dernières années par la folie maniaco-dépressive, et en second lieu l'oubli dans lequel sont tombées les descriptions faites jadis par Magnan des psychoses dégénératives. La synthèse Kræpelinienne de la psychose maniaco-dépressive ne peut être admise qu'à condition d'en éliminer les formes douteuses, et ne pas y ranger, de propos délibéré, tout accès de folie passager et curable dans lequel on trouve des phénomènes d'excitation ou de dépression. On aboutit autrement à un ensemble de formes disparates inutilisable pour la recherche scientifique. (Il en serait de même si on

voulait englober les formes graves précédemment étudiées dans la démence précoce). En fait, c'est chez Magnan et ses élèves qu'il faut chercher les moyens de comprendre ces cas. Magnan a excellemment défini la mélancolie, en disant qu'elle était caractérisée par un état de « dépression douloureuse ». Capgras, qui rapporte cette définition, dit que Magnan admettait la mélancolie purement dégénérative et que plus anciennement encore Falret avait indiqué ce fait (que l'on perd trop de vue aujourd'hui), que les mélancoliques différaient les uns des autres malgré les ressemblances extérieures.

Quoiqu'il en soit, nous essaierons de distinguer plusieurs formes.

La « neurasthénie mélancolique » a été surtout étudiée par Friedmann. Cet auteur attribue notamment une grande importance à l'épuisement comme cause efficiente. Nous croyons cette opinion fort juste et nous avons vu des cas où le surmenage et la fatigue ont déterminé, sur un terrain prédisposé, l'éclosion d'accès dépressifs curables n'ayant rien de commun avec la folie maniaco-dépressive. La psychose commence par un état neurasthénique, puis survient un accès de mélancolie. Beard d'après Friedmann connaissait déjà ces cas, car il dit que la folie est une des terminaisons les plus fréquentes de la neurasthénie, « surtout la folie sous la forme mélancolique ». Markus s'est également occupé de ces formes. Elles sont compatibles avec l'absence de tout délire. Le malade a une conscience parfaite de sa maladie, chose si fréquente chez les dégénérés. L'inhibition psycho-motrice manque dans la plupart des cas. Une particularité clinique est à signaler : c'est l'existence, après la période d'état et avant la guérison finale, de véritables « poussées » au cours desquelles les symptômes subissent une recrudescence (rechutes). Dans un travail récent Lange (du service de Kræpelin), est revenu sur ces recherches de Friedmann et il a rappelé aussi le rôle prépondérant joué, à côté du surmenage, par les émotions déprimantes.

Ce qui vient d'être dit de la mélancolie bénigne se rapporte en somme même aux dépressions psychiques survenant à un autre âge que l'âge présénile. Elles sont simplement plus fréquentes à cet âge. Nous examinerons maintenant plus spécialement les mélancolies préséniles. Le travail auquel il faut toujours se rapporter est celui de Gaupp consacré spécialement aux « états dépressifs de l'âge avancé de la vie ». Il est basé sur des observations émanant de la Clinique de Kræpelin à Heidelberg. D'après lui, il existerait une variété consistant en un état de dépression mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques se développant d'une manière insensible vers la présénilité, chez des sujets déjà enclins par leur psychisme habituel à l'hypocondrie. D'autre part, il apparaît qu'on peut distinguer des formes périodiques, légères, curables. Ces dernières peuvent avoir des symptômes assez accusés au cours de leur évolution, mais finalement guérissent. Gaupp ne semble pas du reste établir de démarcation nette entre les formes bénignes et les formes se terminant par un certain affaiblissement intellectuel telles que celles que nous avons étudiées au début de notre travail (type Méadow). Cette question reste encore très obscure. Bumke a cru devoir énoncer à ce sujet la règle de pronostic suivante : les chances de curabilité sont d'autant plus grandes que les causes prédominantes de la psychose sont d'ordre constitutionnel ou psychogène, elles sont au contraire d'autant plus petites que les dites causes sont d'ordre organique. Mais en règle générale on peut dire que les dépressions préséniles ont un pronostic plutôt défavorable et que même les formes bénignes doivent être très surveillées à cause des idées de suicide. Nous avons rappelé avec Arsimoles, dans un travail antérieur la forme décrite par Furstner : « mélancolie d'apparence très légère, passant même inaperçue, et provoquant une tentative de suicide à laquelle personne ne s'attendait ». Le pronostic est surtout défavorable lorsque la psychose dure depuis longtemps. Aussi est-ce le cas de rappeler ici la remarquable

observation de Olivier et Teulière : « mélancolie anxieuse survenant chez un homme de quarante-cinq ans et se terminant par la guérison après plus de treize années de durée ». De tels faits sont en effet exceptionnels. Nous terminerons ce chapitre en signalant le travail récent de Wexberg spécialement consacré à « la clinique et la pathogénie des états dépressifs légers ». L'auteur insiste notamment pour les formes survenant à cet âge sur les symptômes suivants : importance de l'anxiété, excitation sexuelle (? certains auteurs, tels p. ex. Gaupp avaient déjà noté l'existence possible de phénomènes hystériques), préoccupations hypocondriaques. Il rappelle la possibilité d'accès dépressifs antérieurs, quelquefois plusieurs dizaines d'années auparavant et insiste lui aussi sur le rôle joué par la prédisposition à la dépression psychique.

Arrivé au terme de notre étude, nous croyons utile d'en donner un résumé juxtaposant les différentes formes cliniques isolées et mettant en lumière leurs particularités.

Les états dépressifs préséniles ont droit à une place à part en nosologie. Toute psychose survenant à cet âge peut présenter, à un moment donné de son évolution, parfois intimement mêlés aux autres symptômes, des phénomènes mélancoliques. Mais il existe des psychoses où ceux-ci ont un rôle tellement prédominant qu'il est légitime de les classer à part, étant bien entendu qu'ils ne rentrent dans aucun cadre actuellement existant. Ce sont ces états seuls que nous avons en vue dans notre travail.

La forme la plus habituelle est la mélancolie présénile aboutissant à une sorte d'état figé quasi-stéréotypé. La prédisposition joue un certain rôle. Le début est toujours progressif. Un état mélancolique chronique se développe peu à peu, avec quelques idées délirantes de même ordre, presque pas d'hallucinations, des phénomènes d'anxiété survenant parfois d'une façon paroxystique. Au bout d'un temps variable, généralement après plusieurs années (avec rémissions possi-

bles), s'installe un état terminal uniforme d'affaiblissement intellectuel plus ou moins léger; compatible quelquefois avec la vie au dehors. Les malades sont sans initiative, tristes, parfois d'une étrange indifférence, comme fixés ou « figés » dans des attitudes ou des habitudes toujours les mêmes.

Parmi les formes plus sévères, on peut en décrire trois, assez bien individualisées. Dans le délire mélancolique présénile fantasque, il s'agit d'idées délirantes surtout mais pas exclusivement mélancoliques (non seulement les idées de persécution mais même les idées de grandeur sont fréquentes); ayant souvent un caractère absurde comme dans un délire d'imagination classique. Il nous a semblé que cette forme débute avant la soixantaine, évolue avec des phases d'excitation plus ou moins accusées, n'aboutit pas à un état dementiel véritable mais tout au plus à un certain degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles. On peut décrire à cette forme une sous-variété, caractérisée par la prédominance d'idées de négation. La seconde forme est la démence mélancolique présénile, débutant presque toujours avant l'âge de 45 ans et aboutissant rapidement à une démence profonde et irrémédiable. Des idées délirantes d'ordre dépressif persistent pendant toute la durée de la psychose et on en trouve les résidus au cours de l'état terminal sous forme de gémissements stéréotypés. A l'inverse de la démence précoce, il n'y a aucun symptôme de désagrégation de la personnalité. La troisième forme dite mélancolie maligne est caractérisée par une évolution généralement mortelle au milieu des phénomènes anxieux et délirants. On peut se demander toutefois s'il s'agit bien là d'une forme indépendante et non d'une modalité particulière d'évolution de l'une des autres variétés de mélancolie présénile dans lesquelles un état organique déficient aggrave la maladie et rend la thérapeutique inopérante.

En plus de la forme classique de mélancolie « figée » et des formes graves, il existe des formes légères. L'individualisation de ces dernières est particulièrement difficile et peut-être même hypothétique. Sauf

pour certaines formes dites périodiques qu'il y a lieu de rapprocher de la psychose maniaco-dépressive et peut-être même d'identifier avec elle, on peut affirmer avec certitude leur indépendance de cette psychose. Il s'agit en somme d'états dépressifs préséniles se développant sur un terrain prédisposé à la faveur soit du surmenage, soit de chagrins et déboires, si fréquents à cet âge. Ces états sont généralement passagers, mais ils peuvent s'éterniser tout en restant — c'est précisément leur signe distinctif — légers, compatibles avec la vie au-dehors. Une variété, sorte de psychasthénie avec idées hypocondriaques prévalentes, exagération progressive d'un tempérament dépressif préexistant, mérite d'être tout particulièrement retenue. On pourrait ranger ces malades dans la catégorie des « petits mentaux », à condition de ne pas oublier toutefois qu'ils ont parfois des idées de suicide très tenaces et qu'ils mettent à exécution si on ne les surveille pas suffisamment.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBRECHT. — Die funkt. Psychosen d. Rückbildungsalters. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Orig. 1913, vol. 22, p. 306.
2. ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Les troubles mentaux séniles et préséniles. — *Paris-Médical*, 20 septembre 1913.
3. BERGER. — Ueber die Psychosen d. Klimakteriums. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1907, vol. 22. Supplément, p. 13.
4. BUMKE. — Ueber die Umgrenzung d. MD. Irreseins. — *Centralblatt f. Nerv*, 1909, vol. 32, p. 381.
5. BUMKE. — *Traité de Psychiatrie*. — Munich, 1924.
6. CAPGRAS. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. — *Thèse*, Paris, 1900.
7. DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux*. — Paris, 1917.
8. DOBLIN. — Z. perniciös verlaufenden Melancolie. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1908, vol. 65, p. 361.
9. DREYFUS. — *Mélancolie*. — Iéna, 1907.
10. FRIEDMANN. — Ueber neurasth. Mélancolie. — *D. med. Wochenschrift*, 1893, N° 30, p. 712, et *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1904, vol. 15, p. 301.
11. FUNFGELD. — Der Symptomen Komplex der Ratlo-

sigkeit b. einer Involutions-psychose. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1922, vol. 78, p. 90.

12. GAUNT. — Involutional melancholia. — *Journal of nerv. and mental diseases*, 1923, vol. 57, p. 556. Anal. *Zentralblatt*, vol. 33, p. 455.

13. GAUPP — Die Depression zustande des höheren Lebensalters. — *Munch. med. Wochenschrift*, 1905, N° 32, p. 1531.

14. HALBERSTADT. — La schizophrénie tardive — *Encéphale*, 1925, N° 9, p. 655.

15. HOCH et MAC CORDY. — The prognosis of involution melancholia. — *Amer. J. of psychiatry*, 1922, vol. 1, p. 433. Anal. *Zentralblatt*, vol. 29, p. 455.

16. HUBNER. — Ueber die Klin. Stellung d. Involutions melancholie. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1907, vol. 64, p. 491.

17. KEHRER. — Die Psychosen des Um-und Rückbildungsalters. — *Zentralblatt*, 1921, vol. 25, p. 1.

18. KLARFELD. — Anatomie pathologique des psychoses. — V. *Traité de Bumke*.

19. KRÆPELIN. — *Traité de Psychiatrie*. — 8^e édition, vol. 2, Leipzig, 1910.

20. KRÆPELIN. — *Leçons cliniques*. — 4^e édition, vol. 3, 14^e leçon. Leipzig, 1921.

21. KRAKAUER. — Die Melancolie d. Frauen nach d. Klimakterium. — *Thèse*, Breslau, 1884, Anal. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 40, p. 384.

22. KRYPIN-EXNER. — Beitrag z. Symptomatologie d. Psychosen in den Umbildungsjahren. — *Archiv. f. Psychiatrie*, 1923, vol. 69, p. 396.

23. KRYPIN-EXNER. — Ueber Verlaufsformen von Psychosen d. höheren Lebensalters. — *Archiv f. Psychiatrie*, 1924, vol. 70, p. 369.

24. LANGE. — Ueber Melancolie. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1926, vol. 101, p. 293.

25. LHERMITTE et NICOLAS. — La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques. — *Encéphale*, 1924, N° 9, p. 583 et N° 10, p. 654.

26. MARKUS. — Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf d. Melancolie b. Neurasthenikern. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1890, vol. 46, p. 487. Cité par Friedmann.

27. MEDOW. — Eine Gruppe depr. Psychosen d. Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. — *Archiv. f. Psychiatrie*, 1921, vol. 64, p. 480.

28. MEES. — Un cas de mélancolie pernicieuse. — *Psychiatr. en Neurolog. Bladen*, 1912, vol. 16, p. 64. Anal. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Ref., vol. 5, p. 103.

29. NITSCHÉ. — Psychose anxieuse présénile. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1905, vol. 62, p. 864.

30. OKSALA. — Ein Beitrag z. Kenntnis d. präsenilen Psychosen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1923, vol. 81, p. 1.

31. OLIVIER et TEULIÈRE. — La mélancolie anxieuse et sa curabilité. — *Annales médico-psychologiques*, 1919, novembre, p. 479.

32. REHM. — Depr. 'Wahnsinn. — *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1910, p. 41.

33. REHM. — *Das Manisch, mel. Irresein*, Berlin, 1919.

34. SEELERT. — *Verbindung endog. und exog. Faktoren in d. Symptomenbilde und d. Pathogenese von Psychosen*, Berlin, 1919.

35. SEELERT. — Mischung paran. mit depr. Symptomen b. Psychosen d. höheren Alters. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1922, vol. 52, p. 140.

36. SPIELMEYER. — *Traité de Aschaffenburg*. — Psychoses séniles et préséniles, Leipzig, 1912.

37. THALBITZER. — Mel. und Depression. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1905, vol. 62, p. 775.

38. TREADWAY. — The presenile psychoses. — *Journal of nerv. and ment. diseases*, 1913, vol. 40, p. 375. Anal. *Zeitschrift f. d. g. Neurol.* Ref. vol. 8, p. 209.

39. WERNICKE. — Ueber Angstpsychosen. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 51, p. 1020. Cité par Oksala.

40. WERNICKE. — *Traité de Psychiatrie*. Cité par Doblin.

41. WEXBERG. — Z. Klinik und Pathogenese d. leichten Depr.-zustande. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1928, vol. 112, p. 549.

42. ZIVERI. — Psicosi ansiosa confusa infausta di Wernicke-Kräpelin. — *Riv. sperim. di freniatria*, 1910, vol. 36 et *Riv. di pat. nerv. e ment.*, 1910, vol. 15. Anal. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Ref. 1911, vol. 2, p. 945.

43. ZIVERI. — Beitrag z. Kenntnis d. präsenilen Irreseins. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Orig. 1912, vol. 8, p. 255.

Recherches et considérations physiologiques sur l'excitation psychique et la démence précoce

Par D. SANTENOISE (1)

Des travaux antérieurs nous ont montré qu'il semble exister un curieux parallélisme entre le tonus et l'excitabilité du vague et de l'activité psychique.

Nous avons vu en particulier que l'hypervagotonie semble caractériser les états d'excitation, alors que les déments précoces hébéphréniques présentent une hypervagotonie non modifiable par les agents pharmacodynamiques.

Ces constatations nous ont fait nous demander s'il n'existait pas une relation entre l'activité fonctionnelle du pneumogastrique et l'activité cérébrale.

C'est pourquoi, nous avons institué une série de recherches, nous permettant d'étudier, d'une manière objective, d'une part : l'état fonctionnel pneumogastrique, et d'autre part : l'activité fonctionnelle du cerveau. A cet effet, nous nous sommes adressés à la partie du cerveau directement explorable par les méthodes électriques : la zone psychomotrice.

Nous avons choisi, comme moyen d'étude de l'excitabilité, la recherche des deux paramètres : rhéobase et chronaxie.

EXCITABILITÉ PNEUMOGASTRIQUE ET EXCITABILITÉ CÉRÉBRALE

Dans une première série d'expériences, nous avons mesuré directement au chronaximètre de Lapicque, après trépanation, la chronaxie du centre cortical des mouvements d'extension de la patte antérieure gauche chez le chien, après réveil de l'animal préalablement endormi au chloroforme, et après stabilisation nette de la chronaxie.

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique, séance du 26 mars 1928. Voir *Annales Méd. Psychologiques*, avril 1928.

Nous interrogeons grossièrement l'état fonctionnel des centres pneumogastriques par l'observation du rythme cardiaque et la recherche sans inscription du réflexe oculo-cardiaque.

Dans ces conditions, chez les animaux fortement vagotoniques, à rythme cardiaque lent, avec arythmie cardiaque respiratoire et présentant un réflexe oculo-cardiaque très marqué, avec arrêts cardiaques de deux ou trois secondes et plus, nous avons toujours noté des chronaxies très basses, entre $0 \sigma 5$ et $0 \sigma 1$. Il faut naturellement attendre pour trouver ces chiffres l'élimination complète du chloroforme.

Voici quelques chiffres caractéristiques :

4 août 1926	Chien très vagotonique :	Chronaxie $0 \sigma 2$
6 — —	— — —	$0 \sigma 2$
15 novembre 1926.	— — —	$0 \sigma 3$
18 décembre 1926.	— — —	$0 \sigma 2$
22 — — —	— — —	$0 \sigma 1$
5 janvier 1927...	— — —	$0 \sigma 1$

Chez des animaux nettement moins vagotoniques présentant un R. O. C. d'intensité moyenne, nous avons mesuré des valeurs de chronaxie notablement plus élevées que les précédents, s'échelonnant de $0 \sigma 6$ à $1 \sigma 6$.

Exemples :

12 novembre 1926.	Chien moyennement vagotonique :	Chronaxie $0 \sigma 8$
25 — — —	— — —	$0 \sigma 9$
7 décembre 1926.	— — —	$0 \sigma 8$
14 — — —	— — —	$0 \sigma 6$

Enfin, chez des animaux hypovagotoniques, avec rythme cardiaque rapide et R. O. C. nul, nous avons trouvé des chiffres beaucoup plus élevés pour la chronaxie des points moteurs correspondants.

Ainsi :

5 août 1926.....	Chien hypovagotonique :	Chronaxie $1 \sigma 5$
6 — —	— — —	$1 \sigma 5$
21 octobre 1926...	— — —	$1 \sigma 5$
10 novembre 1926.	— — —	$1 \sigma 5$
6 janvier 1926 ...	— — —	$1 \sigma 5$

Cette indication nous a paru si intéressante, que nous avons voulu en préciser la valeur.

Nous avons alors examiné avec plus de détails et plus de précision un groupe d'animaux.

Chez tous ceux-ci, nous avons enregistré le réflexe oculo-cardiaque (inscription de la pression fémorale avant, pendant et après la compression oculaire). Sur les graphiques, nous avons calculé la valeur initiale du rythme, sa valeur pendant les cinq premières secondes de la compression oculaire et la durée maximum des arrêts cardiaques obtenus. Dans le tableau ci-dessous, nous donnons la baisse pour 100 du rythme cardiaque pendant les cinq premières secondes de la compression et nous mettons en parallèle les différentes données qui précèdent, avec les valeurs trouvées pour la chronaxie.

	Rythme normal	Baisse. p. 100 du rythme pendant le réflexe oculo-cardiaque	Durée des arrêts en secondes	Chronaxies en millièmes de seconde
5 février.....	80-90	75	15	0 σ 1
2 —	80-90	77	13	0 σ 2
5 mars		100	12	0 σ 2
1 ^{er} février...	80-90	58	2	0 σ 2
26 — ...	85-90	78	5	0 σ 2
4 — ...	80	43	3	0 σ 2
3 — ...	90-100	90	11	0 σ 3
4 mars	90	100	18	0 σ 3
25 février	100-110	76	3	0 σ 4
26 —	110	40	1,5	0 σ 5
17 —	110	38	1,7	0 σ 5
31 janvier	110-120	38	2,2	0 σ 6.
3 février.....	110-115	30	1,2	0 σ 6
8 —	110-120	11	1	0 σ 6
13 janvier	120	47	1,8	0 σ 8
3 mars	100	28	1	0 σ 9
12 janvier	120-130	42	1	1 σ 1
15 —	140-150	0	0,5	1 σ 3
8 —	150	0	0,5	1 σ 5
15 février.....	130-140			1 σ 7

De ces données recueillies sur un nombre assez grand d'animaux de différentes races, d'âge et de poids également variés, il nous a paru légitime de conclure à l'existence d'un rapport entre l'excitabilité corticale et l'excitabilité des centres pneumogastriques.

Quelle que soit la valeur des objections formulées à l'égard des résultats expérimentaux ci-dessus rapportés, en raison du peu de précision que semble présenter l'examen du tonus et de l'excitabilité des centres pneumogastriques des animaux en expérience, on ne peut pas ne pas être frappé par ce curieux parallélisme qui semble exister entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et le paramètre « temps chronaxie » de l'excitabilité cérébrale.

Cette relation s'est encore imposée avec plus d'évidence à la suite de la contre-épreuve suivante.

Alors que dans les recherches précédemment rapportées nous avions, d'une part, mesuré le tonus et l'excitabilité vagale, et, d'autre part, observé le parallélisme des chiffres de la chronaxie cérébrale, nous avons dans une autre série de recherches, tenté de prévoir ce que pouvait être la chronaxie du centre moteur de la partie antérieure gauche à l'aide de la mesure du réflexe oculo-cardiaque rapprochée des résultats de nos premières recherches.

Afin d'éviter toute suggestion, nous nous divisons en deux groupes, l'un explorant l'excitabilité des centres pneumogastriques, et l'autre pratiquant la mesure de la chronaxie d'un centre de gyrus sygmoïde, après trépanation et réveil de l'animal.

Or, dans l'ensemble, les chiffres prévus se sont assez rapprochés des chiffres trouvés avec le chronaximètre.

Voici quelques expériences :

	Chronaxie prévue	Chronaxie trouvée
11 novembre 1926....	0 σ 5	0 σ 7
12 — —	0 σ 7 (entre 0 σ 5 et 1 σ)	0 σ 7-0 σ 9
14 — —	0 σ 7	0 σ 6
15 — —	0 σ 7	0 σ 5

			Chronaxie prévue	Chronaxie trouvée
20 novembre 1926....			entre 0 σ 5 et 1 σ	0 σ 9
27 — —			plus grande que 2 σ	5 σ
7 décembre —			entre 0 σ 5 et 1 σ	0 σ 8-1 σ
14 — —			entre 0 σ 5 et 1 σ	0 σ 6
18 — —			chronaxie basse	0 σ 3-0 σ 2
5 janvier —			entre 0 σ 3 et 0 σ 5	0 σ 3
6 — —			autour de 1 σ	1 σ 5
8 — —			1 σ 5	1 σ 5
12 — —			0 σ 8	1 σ
13 — —			entre 0 σ 7 et 1 σ	1 σ 3-0 σ 8
15 — —			entre 1 σ 2 et 1 σ 5	1 σ 3-1 σ 4
31 — —			0 σ 6	0 σ 8
1 ^{er} février —			0 σ 4	0 σ 2
2 — —			0 σ 3	0 σ 1-0 σ 2
3 — —			autour de 1 σ	0 σ 6
4 — —			0 σ 2	0 σ 3
5 — —			0 σ 2	0 σ 1
8 — —			entre 0 σ 5 et 0 σ 8	0 σ 5-0 σ 7
15 — —			1 σ	1 σ 75
17 — —			0 σ 7	0 σ 5

Lorsque toutes les conditions expérimentales étaient respectées, nous sommes ainsi presque toujours parvenus à prévoir que la chronaxie serait basse (au-dessous de 0 σ 3), ou haute (au-dessus de 1 σ 5) ou bien moyenne (entre 0 σ 5 et 1 σ 5).

Ce dernier groupe expérimental souligne donc la netteté de la relation qui existe entre l'activité fonctionnelle des centres pneumogastriques, et de l'activité du cerveau.

AGENTS PHARMACODYNAMIQUES,

MODIFICATEURS DU TONUS PNEUMOGASTRIQUE ET CORTICAL

Devant la constatation de ce parallélisme entre l'excitation des centres pneumogastriques et l'excitabilité cérébrale, on pouvait se demander s'il y avait là, soit une simple coïncidence, soit simultanément, de manifestations dues à des causes communes, soit encore une véritable relation de cause à effet entre les deux phénomènes.

La seule façon de pouvoir résoudre le problème était de faire varier l'un des éléments et de rechercher si l'autre varierait consécutivement.

La clinique nous ayant montré que la variation d'excitabilité vagale, précédait toujours les variations de l'activité mentale, et, d'autre part, que des modifications dans l'évolution de plusieurs états psychopathiques avaient été provoquées en modifiant l'excitabilité pneumogastrique, nous avons été logiquement conduit à supposer que des variations de l'excitabilité des centres pneumogastriques seraient peut-être suivies de variations de l'excitabilité cérébrale.

Nous avons tout d'abord pensé à modifier expérimentalement l'activité pneumogastrique par l'emploi d'agents pharmacodynamiques connus.

Nous avons choisi l'ésérine comme excitant du vague, en raison de la netteté des résultats que nous avons obtenu antérieurement avec cette substance.

Nous avons utilisé le sulfate neutre d'atropine pour paralyser le pneumogastrique.

Nous avons régulièrement observé, à la suite d'injection intra-veineuse de salicylate d'ésérine, une très forte et très rapide diminution de la chronaxie des points moteurs du gyrus sigmoïde.

Les quelques expériences suivantes montreront mieux que de longs commentaires, la netteté du phénomène :

Expérience		Chronaxie du gyrus avant ésérine	Chronaxie du gyrus après ésérine
		—	—
I.....		1 σ 5	0 σ 2
—	II.....	0 σ 8	0 σ 1
—	III.....	1 σ 5	0 σ 3
—	IV.....	3 σ	0 σ 5
—	V.....	2 σ	0 σ 1
—	VI.....	3 σ	0 σ 1
—	VII.....	3 σ	0 σ 1
—	VIII.....	0 σ 7	0 σ 1
—	IX.....	3 σ	0 σ 1

Inversement, nous avons observé l'élévation de la chronaxie des centres moteurs du gyrus sigmoïde,

étudiés, après injection intra-veineuse de sulfate neutre d'atropine.

Mais, fait assez curieux, cette modification n'est pas immédiate. Les chiffres de chronaxie s'élèvent assez régulièrement pour atteindre leur maximum une à deux heures après injection.

Voici quelques expériences :

		Chronaxie du gyrus avant atropine	Chronaxie du gyrus après atropine
		—	—
Expérience	I.....	0 σ 8	2 σ 7
—	II.....	0 σ 5	3 σ
—	III.....	0 σ 8	3 σ 5
—	IV.....	1 σ 3	2 σ 3
—	V.....	0 σ 2	1 σ
—	VI.....	0 σ 7	1 σ 5

En présence de ces résultats, on devait se demander si l'atropine et l'ésérine agissaient sur l'excitabilité corticale indirectement en modifiant l'activité fonctionnelle pneumogastrique ou au contraire directement sur les cellules corticales.

Nous avons très rapidement éliminé cette seconde hypothèse en pratiquant des applications directes de solutions diluées d'ésérine ou d'atropine sur le gyrus sigmoïde et en ne constatant aucune modification de la chronaxie.

MÉCANISME DE L'ACTION DU PNEUMOGASTRIQUE SUR L'EXCITABILITÉ CÉRÉBRALE

Nos travaux antérieurs sur le choc peptonique et sur les rapports fonctionnels du pneumogastrique et des glandes endocrines, nous ont fait supposer que c'était peut-être par l'intermédiaire de l'appareil thyroïdien que le pneumogastrique exerce une influence sur l'excitabilité cérébrale.

Nous avons donc été conduit par ce rapprochement avec nos autres recherches à rechercher si le pneumogastrique ne conditionnait pas, par une action excito-sécrétoire sur l'appareil thyroïdien, la production et la mise en circulation d'une substance exerçant

un rôle important sur la régulation de l'activité cérébrale.

Nous avons tout d'abord, pour « encadrer » l'appareil thyroïdien, suivi l'excitabilité du gyrus sigmoïde après section du pneumogastrique, au-dessus de l'émergence de ces filets, c'est-à-dire au-dessus des ganglions jugulaires et plexiformes, dans le trou déchiré postérieur.

Si l'on compare alors la valeur initiale de la chronaxie à celle que l'on trouve après vagotomie, on constate que les résultats sont tout différents, suivant qu'on a effectué une vagotomie basse ou une vagotomie haute.

Dans le premier cas, les valeurs trouvées pour la chronaxie après vagotomie, sont du même ordre de grandeur que la chronaxie initiale. Après vagotomie haute, au contraire, la chronaxie se fixe, toujours, finalement, à une valeur notablement plus élevée que la chronaxie initiale.

SECTION BASSE DES PNEUMOGASTRIQUES AU COU

	Avant vagotomie basse	Après vagotomie basse
20 novembre 1926.	2	2
15 janvier 1927...	1,2	1,2
4 mars.....	0,3	0,3

SECTION HAUTE DES VAGUES

	Avant vagotomie haute	Après vagotomie haute
15 novembre 1926.	0,3	1,5
14 décembre 1926.	0,6	1,5-2,5
1 ^{er} février 1927...	0,3	1

Toutes les fois que nous avons répété ces expériences, nous avons toujours trouvé des résultats du même ordre : pas de variations notables de la chronaxie du gyrus sigmoïde après section basse des vagues au cou, alors qu'elle s'élève régulièrement après section haute pratiquée au-dessus des ganglions plexiformes.

Actuellement, notre statistique porte sur plus d'une centaine de sections hautes des vagues. Nous avons

toujours trouvé des valeurs de chronaxies entre 0,8 et 1,5 pour le centre du moteur du mouvement d'extension de la patte antérieure gauche, deux à trois heures après la section haute.

La section des filets du vague innervant l'appareil thyroïdien donne des résultats identiques à ceux de la vagotomie haute.

Guidés par les résultats précédents et orientés vers l'appareil thyroïdien, nous avons pensé à voir si la section des filets du vague se rendant à l'appareil thyroïdien, en laissant intact le tronc du pneumogastrique, ne produirait pas les mêmes effets que la section du nerf vague au-dessus de l'émergence de ces filets.

Les expériences de section des filets thyroïdiens (pharyngiens, supérieur et inférieur, et laryngé supérieur) nous ont donné essentiellement le même résultat que la vagotomie haute, c'est-à-dire une élévation nette de la chronaxie du gyrus.

Voici quatre expériences (chronaxie en millièmes de seconde) :

Avant section	0,2	0,1	0,8	1,75
Après section	1,5	3,5	4,	3,5-4

Ces constatations expérimentales nous conduisirent donc de déductions en déductions, à penser que le pneumogastrique exerçait une action sur la chronaxie cérébrale par l'intermédiaire de l'appareil thyroïdien. La section basse des vagues au cou n'étant suivie d'aucune variation notable de la chronaxie des points moteurs du gyrus sigmoïde, alors que la section des vagues au-dessus de l'émergence des rameaux thyroïdiens, ou même la seule section de ces filets nerveux issus du vague et se rendant à l'appareil thyroïdien, étaient toujours suivies d'une élévation de la chronaxie corticale, il venait logiquement à l'esprit l'idée que ces sections étaient suivies de la disparition d'un pouvoir d'abaissement de la chronaxie cérébrale, normalement conditionné par l'appareil thyroïdien, sous l'action excito-sécrétoire de filets nerveux d'origine pneumogastrique.

Cette hypothèse d'une action excito-sécrétoire des

filets thyroïdiens issus du pneumogastrique commandant à la régulation de la chronaxie cérébrale, paraît devoir être fortement étayée par la série d'expérimentale suivante :

Après avoir sectionné soit les vagues, soit les filets thyroïdiens d'origine vagale, et observé une élévation de la chronaxie d'un point moteur du gyrus, nous avons vu que l'excitation électrique du bout périphérique de ces nerfs (se rendant à l'appareil thyroïdien), était toujours suivie d'un abaissement rapide et notable de la chronaxie de ce même point moteur.

Nous reproduisons intégralement ci-dessous deux de nos expériences :

Expérience I. — Chien de 9 kgr., trépané à 11 h. 15, sous anesthésie chloroformique. A 15 heures, la chronaxie (centre des mouvements d'extension de la patte gauche) est stable à $0\sigma 1$. A ce moment, l'animal est soumis à une seconde anesthésie au cours de laquelle on pratique une vagotomie haute. Isolement et ligature des filets thyroïdiens. L'opération est terminée à 16 heures 40. Voici les valeurs qui ont été successivement trouvées pour la chronaxie :

(Chronaxie en millièmes de seconde) :

17 h. 45	$0\sigma 9-1\sigma$.
18 h. 10	$0\sigma 9-1\sigma$.
18 h. 25	$0\sigma 9$.
18 h. 30	$0\sigma 9$.
18 h. 35	Excitation simultanée des filets droits pendant deux minutes.
18 h. 45	$0\sigma 1-0\sigma 2$.
18 h. 55	$0\sigma 9-1\sigma 1$.
19 h.	Excitation des filets gauches pen- dant deux minutes.
19 h. 05	$0\sigma 3$.
19 h. 10	$0\sigma 2$.
19 h. 15	1σ .

Expérience II. — Chien de 7 kgr., trépanation terminée à 9 h. 45. A 14 h. 25, la chronaxie est stable à $0\sigma 5$. A 14 h. 30, l'animal est réendormi et l'on isole

et ligature les filets thyroïdiens du côté droit seulement, les deux vagues restant intacts. On suit ensuite la variation de la chronaxie qui ne tarde pas à se stabiliser :

Chronaxie (en millièmes de seconde) :

16 h. 50	0 σ 4.
16 h. 55	Excitation de chacun des filets thyroïdiens pendant une quarantaine de secondes.
16 h. 58	0 σ 1-0 σ 2.
17 h. 05	0 σ 1.
17 h. 15	0 σ 1.
17 h. 25	0 σ 3.
17 h. 45	0 σ 3.
17 h. 55.....	Excitation des filets.
18 h.....	0 σ 1.
18 h. 25	0 σ 1.
18 h. 35	0 σ 1.
18 h. 40	0 σ 4.
18 h. 50	0 σ 5.
18 h. 55	Excitation des filets.
18 h. 57	0 σ 1.

Mise en évidence dans la glande thyroïde, le sang veineux thyroïdien et le sang carotidien d'un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus sigmoïde.

Nous avons effectué, depuis plusieurs mois, au laboratoire de Vaugirard, une série de recherches expérimentales ayant porté sur 160 chiens, qui nous ont permis de mettre en évidence dans la glande thyroïde, le sang veineux thyroïdien et le sang carotidien, l'existence d'un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus sigmoïde, essentiellement conditionné par le pneumogastrique.

Nos recherches ont été réalisées suivant notre technique habituelle : trépanation sous anesthésie au CHCl_3 , mesure de la chronaxie du gyrus à l'aide du chronaximètre de Lapique, après réveil de l'animal et stabilisation de la chronaxie.

A ces chiens récepteurs, dont nous avons préalable-

ment sectionné les vagues et les filets laryngiens supérieurs et pharyngiens (afin de supprimer l'action excito-sécrétoire possible du vague sur la thyroïde, et d'obtenir ainsi régulièrement une chronaxie relativement élevée), nous avons injecté ou des extraits thyroïdiens, préparés extemporanément par broyage dans du sérum physiologique, ou du sérum de sang provenant d'une veine thyroïdienne, ou du sang carotidien, ou du sérum de sang artériel. Dans ces conditions, nous avons observé les résultats expérimentaux suivants :

I. EXTRAIT TYROÏDIEN

a) Alors que l'extrait thyroïdien obtenu chez les animaux hypovagotoniques ne nous a pas donné l'abaissement de la chronaxie ou seulement des abaissements insignifiants, les extraits obtenus avec des thyroïdes de chiens fortement vagotoniques ont toujours provoqué des abaissements importants de la chronaxie du gyrus. Ainsi :

Chronaxie du gyrus sigmoïde avant injection d'extrait thyroïdien de chien hypovagotonique		Chronaxie après
—		—
14 février 1928.....	0 σ 75	0 σ 80
14 —	0 σ 60	0 σ 75
16 —	0 σ 75	0 σ 60

Chronaxie du gyrus sigmoïde avant injection d'extrait thyroïdien de chien vagotonique		Chronaxie après
—		—
4 novembre 1927.....	0 σ 75	0 σ 1
4 —	0 σ 75	0 σ 1
19 —	0 σ 75	0 σ 25

D'ailleurs, si, après injection inactive d'extrait thyroïdien de chiens hypovagotonique, on injecte au même animal de l'extrait thyroïdien d'un chien vagotonique, on note alors une chute nette de la chronaxie.

b) En excitant le pneumogastrique par une dose faible d'ésérine, on obtient un extrait particulièrement

actif, faisant baisser rapidement et intensément la chronaxie du gyrus. Témoins, les chiffres suivants :

Chronaxie avant injection d'extrait thyroïdien de chien rendu vagotonique par de l'ésérine		Chronaxie après
—		—
4 novembre 1927.....	0 σ 75	0 σ 1
5 —	1 σ	0 σ 1
7 —	0 σ 75	0 σ 1
8 —	1 σ 5	0 σ 1
9 —	0 σ 75	0 σ 1
15 —	0 σ 75	0 σ 1
16 —	0 σ 75	0 σ 25
19 —	0 σ 75	0 σ 25
5 décembre	0 σ 75	0 σ 25
16 janvier 1928.....	0 σ 75	0 σ 25
—	0 σ 80	0 σ 2
30 —	0 σ 75	0 σ 2
9 février 1928.....	0 σ 75	0 σ 3

Il est nécessaire, pour obtenir dans ces conditions des extraits fortement actifs, de pratiquer l'ablation des glandes au moment même où se manifeste l'action excito-sécrétoire par le gonflement de la glande. En effet, si on attend trop longtemps pour pratiquer l'ablation, les extraits sont beaucoup moins actifs, comme si tout le pouvoir d'abaissement de la chronaxie avait été déversé dans le sang.

Inversement, les extraits thyroïdiens de chiens atropinisés ne nous ont jamais donné d'abaissement notable de la chronaxie. Ainsi :

Chronaxie du gyrus avant extrait thyroïdien de chien atropinisé		Chronanaxie après
—		—
5 décembre 1927	1 σ	1 σ
5 —	1 σ	1 σ
24 janvier 1928.....	1 σ	1 σ
24 —	0 σ 80	0 σ 80

Chez deux de ces animaux dont la chronaxie n'a pas variée après injection d'extrait de chiens atropinisés, la contre-épreuve a été réalisée en injectant des extraits de chiens ésérinés qui ont alors fait baisser la chronaxie.

c) L'injection d'extraits thyroïdiens de chiens vagotomisés ou à filets thyroïdiens séparés du tronc du vague depuis plusieurs heures, s'est montrée inactive ou peu active.

Par contre, l'excitation faradique nous a permis d'obtenir chez plusieurs de ces animaux vagotomisés et à filets thyroïdiens coupés, des extraits d'une activité notable.

II. SÉRUM DE SANG VEINEUX THYROÏDIEN

Nous avons pu mettre en évidence ce pouvoir d'abaissement de chronaxie du gyrus, dans le sang efférent de la thyroïde, en injectant aux chiens récepteurs du sérum provenant de sang prélevé à la seringue dans la veine thyroïdienne inférieure de chiens, soit naturellement vagotoniques, soit rendus vagotoniques par de l'ésérine. Voici quelques chiffres :

Chronaxie avant sérum de veine thyroïdienne		Chronaxie après
—		—
5 décembre 1927.....	0 σ 75	0 σ 1
7 —	0 σ 75	0 σ 1
15 —	0 σ 75	0 σ 3
10 janvier 1928.....	1 σ 5	0 σ 9
13 —	0 σ 6	0 σ 1
21 —	0 σ 75	0 σ 1
27 —	0 σ 9	0 σ 3
30 —	0 σ 75	0 σ 3

Par contre, l'injection de sérum sanguin de veine thyroïdienne de donneurs hypovagotoniques ne produit pas d'abaissement notable de la chronaxie du gyrus sigmoïde.

De même, l'injection de sérum sanguin provenant d'une veine thyroïdienne de chiens atropinisés s'est montrée inactive.

II. SANG ET SÉRUM CAROTIDIEN

Nous avons confirmé le rôle physiologique de ce pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus en le retrouvant dans le sang carotidien des animaux vagotoniques ou ésérinés. Par exemple :

Chronaxie avant		Chronaxie après
—		—
26 décembre 1927.....	0 σ 75	0 σ 1
26 —	1 σ	0 σ 5
10 —	0 σ 50	0 σ 25
10 —	0 σ 60	0 σ 1

Par contre, l'injection de sang ou de sérum carotidien provenant de chiens hypovagotoniques ou atropinisés s'est montrée inactive.

Dans toute cette série d'expériences, nous avons constaté que la chronaxie revient à son chiffre antérieur, au bout d'un temps variable suivant la quantité d'extrait ou de sérum injectée et le tonus vagal du donneur.

Ainsi paraissent satisfaites les conditions expérimentales permettant d'affirmer que, sous l'action du vague (peut-être excito-sécrétoire), l'appareil thyroïdien donne au sang un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du gyrus sigmoïde.

Ainsi, l'expérimentation physiologique nous a-t-elle permis de démontrer que le système nerveux de la vie organique intervient dans la régulation de l'activité du système nerveux de la vie de relation.

Dès maintenant, la notion de vagotonie en pathologie mentale ne peut donc plus être considérée comme une notion purement symptomatique, même verbale, mais, au contraire, comme une donnée précise de pathologie générale.

Dans le présent mémoire, nous nous limitons à l'exposé de quelques faits simples et précis. Nous nous réservons de publier des résultats plus complexes dans des mémoires ultérieurs, ou nous aborderons l'étude physiologique de la pathogénie de certains syndromes psychopathiques, tel que les troubles de la personnalité, les phénomènes de dissociation, les troubles des associations, l'automatisme mental, etc..., qui paraissent actuellement ne relever que de la psychologie pure.

LES DÉCALÉS

par M. NATHAN

Certains sujets ne semblent pas chez eux dans leur propre personnalité ; ils paraissent toujours courir après elle ; aucun de leurs actes, aucune de leurs attitudes ne semblent naturels, et pourtant ils sont de bonne foi. Ils ne sont pas eux-mêmes parce qu'ils ne peuvent l'être en dépit de tous leurs efforts ; ils ne sauraient retrouver leur pente naturelle, comme si une force les en avait, dès l'abord, détournés. On ne pourrait les classer dans aucun groupe psychologique ou psychiatrique, car ils sont essentiellement complexes et, à les bien analyser, il y a en eux à la fois du douteur de soi-même, du schizoïde et du paranoïaque.

La dominante ou plutôt le *primum movens* est, à notre avis, un doute de soi-même, qui porte non pas sur l'éthique, mais plus particulièrement sur le physique, l'intelligence, les possibilités d'action et d'emprise sur la vie et sur la réalité extérieure. Nous avons, ici-même, exposé nos idées sur le doute de soi-même. Nous trouvons à sa base, non pas une constitution particulière, mais une influence familiale autoritaire et respectée qui s'exerce dès le plus jeune âge ; les réprimandes en toutes circonstances empêchent l'enfant de comprendre s'il a bien ou mal agi, d'édifier son échelle des valeurs, qui doit le guider dans la suite, asseoir ses jugements et mesurer son action extérieure. En l'absence de cet étalon, son jugement ne sait plus à qui ni à quoi se fier, d'où inconscience du sujet en lui-même. Toutefois, cette inconscience n'est pas sans contre-partie ; cette confiance que nous portons comme chevillée à nous-mêmes, reparait par à-coups, de telle sorte que la vie de notre malade est faite d'alternatives douloureuses de confiance et d'inconscience.

Dans les observations que nous apportons, il en était ainsi, mais ce n'est pas tout. Cette défiance en l'action et en la réalité, qui n'avait pas pour corollaire comme chez certains autres sujets l'abdication complète, désignait ces malades pour la vie intériorisée, c'est-à-dire pour les tendances schizoïdes. Dans cette activité sans contre-partie, ils auraient, à leur aise, avec une imagination assez vive, pu épancher leurs aspirations dans des « histoires continuées », dans des romans intérieurs. Or, les deux sujets, que nous présentons, ont l'imagination fort pauvre ; ils sont donc réduits, comme l'a bien montré Minkowski, à l'intellectualisation outrancière des choses qui ne demandent qu'à être senties ; ils cherchent des précisions là où elles n'ont que faire ; ils s'étudient, s'analysent avec un soin jaloux, ils se regardent penser et agir et de la sorte agissent et pensent comme au ralenti, ils faussent leur jugement sur eux-mêmes. Ils reprennent cependant quelque confiance en eux-mêmes, à la faveur d'une activité d'autodidactes creux et confus ; ils se paient de mots et de formules sans saisir la vie des choses.

Mais, comme certains sujets que nous avons étudiés dans un travail récent, ils se lassent de leur schizoïdie ; ils veulent agir coûte que coûte afin d'être « comme les autres ». Leur doute d'eux-même leur enlève toute initiative, les empêche de répondre correctement à l'acte par l'acte ; se sentant ainsi enchaînés, ils veulent se libérer et en ce sens dépassent la mesure : ils affectent une liberté d'esprit, un goût du libre arbitre qui détonnent avec leur propre personnalité. Incapables d'agir suivant leur propre personnalité, ils se composent un personnage, dans lequel ils persévèrent par la seule force de leur entêtement. Par goût, ils affectionneraient une vie toute tracée, ils seraient de bons subalternes, mais l'orgueil les en empêche ; c'est par principe et non par besoin de liberté qu'ils s'insurgent contre toute autorité et protestent contre toute mainmise sur leur « originalité ». Dès qu'ils sont en confiance, ils confessent aisément le caractère artificiel de leur personnage ; leur conduite a perdu tout réflexe et, au fond, comme nous le disions plus haut, toute leur

ambition se bornerait à être comme les autres. Leur orgueil se réduit à un manque d'abnégation, vertu du reste assez peu commune ; il représente comme une réaction du malade contre une infirmité dont il est parfaitement conscient.

Notre premier malade (E) est un jeune homme de 29 ans qui en paraîtrait facilement 18. Son visage, naturellement glabre, est resté enfantin ; sa voix est grêle sans être cependant eunuchoïde. Il y a, dans son attitude, comme dans son débit, quelque chose d'affecté et d'emprunté ; il semble toujours préoccupé de l'effet qu'il produit, non pas à la façon d'un fat, mais à la façon d'un homme défiant de lui-même, qui a toujours peur de commettre un impair.

Le doute de lui-même domine en effet toute la situation ; E. doute de son intelligence et de sa volonté ; ses idées ne lui offrent pas plus de garanties que ses impressions ni que ses réactions psychiques. Il a fini par nous le confesser lui-même. C'est que, dès son enfance, il a été sous la coupe d'un père autoritaire jusqu'à la tyrannie, qui rétorquait comme une absurdité chacun de ses propos et le châtiât avec la dernière brutalité. Mais E. reconnaissait en lui un technicien remarquable et un homme parfaitement droit. Les effets de cette tyrannie, nous les connaissons, mais (et cela surtout après la mort de son père), le jeune homme a réagi par l'intériorisation et l'activité autodidacte, telle que nous l'avons définie plus haut. Dépourvu d'imagination, il a intellectualisé à outrance, il a tout compliqué et desséché et, dans ses confidences, il décrit fort bien ce que P. Janet a décrit sous le nom de sentiment du vide. On est frappé également, dans les lignes qui suivent de la façon dont le malade comprend son état et en saisit la genèse :

« Comment se fait-il que mon instinct de vie ne se rebelle pas contre cette tyrannie de l'intelligence ? C'est qu'il est paralysé, désaxé, privé de motif d'action, tout résidant dans le cerveau, qui ne sait plus de possibilités ni de limites. Aller au-devant de la vie, comment le ferais-je, puisque mon

attitude me pousse à ne sentir qu'en moi-même les choses qui me viendraient de l'extérieur, sans aller les chercher.

.....

« Vouloir comprendre la vie en soi, faute de l'avoir sentie vibrante, palpitante, aimante vous entourer d'affection, de sensibilité et de douceur ! Ah ! si ma vie était apparue ainsi, si j'avais pu compter sur la tendresse et sur l'amitié de cœurs dévoués et empressés, j'aurais conçu la vie autrement que sous l'angle de l'intellect. C'est l'intelligence qui s'est ouverte la première en moi, me donnant le désir avide de m'instruire, de me situer, de me trouver, enfin voilà pourquoi je me suis perdu. Par l'analyse sèche et froide, par une logique décevante, j'ai crié, éperdu de doute et de solitude, que la vie ne valait pas la peine d'être vécue..... Tout me semblait inutile, je n'avais pas cette gaieté qui anime tout travailleur à la vue de ses efforts créateurs. Je perdais la joie de créer et n'avais que la peine du labeur. Je me sentais, sous l'empire d'une force infinie, occupé à une besogne sans intérêt, sans but, toujours demandant compte de mes pénibles efforts..... Comment me faire aimer la vie dans ces conditions, me faire entendre que mon effort devait tremper ma volonté, mon caractère, mon individualité, moi qui ne croyais pas à ces attributs de la personnalité, que je voyais toujours noyée dans l'insignifiance au sein de l'infini ? »

Cette longue citation témoigne de l'intellectualisation qui lui a faussé les idées et qu'il attribue, non sans quelque clairvoyance, à l'impossibilité qu'il a eue de s'extérioriser durant sa première enfance. Mais sa schizoïdie n'est pas sans quelque mélange d'orgueil. Il est un autodidacte, qui engouffre à tort et à travers, ne recule devant aucun problème, mais ne recueille rien de ses efforts, qu'une certaine estime de lui-même, et encore cette estime est-elle puérile et mauvais teint, il le confesse lui-même. Dans ce journal, dont certains chapitres sont rédigés en anglais, les spéculations les plus ambitieuses voisinent avec les menus de ses repas et des renseignements circonstanciés sur la qualité de ses digestions. A certains moments, où il peut conserver l'illusion d'une certaine supériorité, il joue au Manfred avec une amusante naïveté :

« Mais j'ai la tête encore trop engagée dans ce dédale de réflexions..... Ne pouvant rien assurer, avoir été à l'école de

toutes les pensées philosophiques, ne rien pouvoir affirmer, malgré toutes les affirmations contradictoires, c'est avoir continuellement devant soi un voile, un empêchement à goûter les choses dont je suis à même de jouir. »

Il continue par une invocation à la nature, dont nous ne citons que les dernières phrases :

« La beauté, le rythme, le balancement alterné, le chant de notre inconsolable peine de vivre, que l'adorable beauté de la nature accroît, cette nature, dont on contemple le soleil, la verdure, les eaux et le ciel d'azur, caresse pour mon âme endolorie à jamais réfugiée en elle-même, isolée et ne tirant des autres que du vide et se sentant si vide elle-même, dans sa suavité charmante. »

Il aurait peut-être cherché une compensation dans l'amour féminin, mais, malgré ses dires, il semble assez peu apte aux rapports sexuels. Dans les passages de son journal, où il parle de femmes, il affecte un certain détachement, qui n'est peut-être que vertu forcée :

« Point de prouesses, dit-il, le sperme est trop précieux pour s'en servir sans cesse ! »

Mais il revient sur lui-même :

« Tout est question de tempérament et je dois ma bonne santé à mon mauvais tempérament. Il est vrai que mon doute ne me laisse pas si fort que je devrais. Il n'y a aucun besoin inférieur en moi ; je n'ai pas à dompter l'irrésistible Nature. Pas de barbe, apanage irrésistible du sexe. Voilà bien une trace irrécusable..... »

Il manque néanmoins quelque chose à son bonheur :

« J'ai besoin, dit-il, du concours des autres ; il faudrait que je me sente indispensable, alors que je me sens inutile, désœuvré. »

« Ces dons (ces supériorités naturelles) sont peu de chose à côté de cette faculté divine de pouvoir enchanter quelqu'un. C'est que j'ai le désir d'une émotion qui me donnera de la vie une impression de grandeur, de bonté et d'amour. Se sentir en adoration, non devant soi-même, mais devant la vie, qui vous aura fait vibrer par et pour elle. C'est elle qui doit m'animer ; j'attends toujours son frisson. »

Cette dernière citation est fort suggestive ; elle confesse les aspirations d'E. et révèle de façon encore plus saisissante le caractère artificiel de son personnage. Mais, malgré ses aveux, il lui reste fidèle, de telle sorte qu'il repousse toutes les directives qui ne lui sont pas conformes. Il a eu trop de peine à le composer et ne veut pas courir les risques de nouveaux essais. Il s'est fait ce que Freud appellerait un idéal du moi. On pourrait dire qu'il a, dans une certaine mesure, la rigidité du paranoïaque, mais bien des traits le séparent du paranoïaque véritable.

Notre second sujet est encore plus incohérent et plus déconcertant, tant dans son psychisme que dans son comportement.

C'est un jeune séminariste âgé de 26 ans, on remarque chez lui une héli-parésie double qui a laissé comme séquelles une maladresse du membre supérieur ainsi qu'une incontinence d'urine, qui, depuis quelques années, serait remplacée par de la spermatorrhée.

Son éducation fut réellement désastreuse. Il n'a pas connu son père. Sa mère était une femme assez intelligente mais volontaire, autoritaire, étroitement dévote, toujours hantée par la crainte du péché. Dès le plus jeune âge, elle lui enseigna le péché sous prétexte de le prémunir contre lui. Elle lui défendit de regarder ses jeunes frères pendant le bain, ce qui ne fit qu'attirer l'attention de l'enfant et lui donner des tentations qui subsistèrent sous forme de tendances homo-sexuelles et auxquelles notre malade sut toujours résister. Très scrupuleuse, elle enseigna le scrupule à son fils, critiquant, à tout propos, ses initiatives les plus simples. L'attitude de l'enfant vis-à-vis de sa mère devint, pour ainsi dire, ambivalente, faite d'affection sincère et de soumission, mais aussi de rancune et d'opposition systématique. C'est qu'il sent que sa mère est pour une grande part dans le doute qu'il a de lui-même. Il subit son influence et s'insurge contre son emprise. Cette attitude ambivalente, il la transporte dans la vie religieuse. Successivement, il entre dans différents ordres sans pouvoir se plier à leur discipline. Il demande avis à

chacun et n'en fait qu'à sa tête. Il sent en lui-même un véritable chaos, qu'il décrit dans certaines de ses lettres, dont nous donnons plus loin quelques citations.

Ses infirmités physiques l'ont tourné, dit-il, du côté de la pensée et l'ont éloigné de l'action pour laquelle il se sent mal taillé. Il a fait d'assez bonnes études théologiques et philosophiques.

Ses prédilections allaient à la métaphysique et à la contemplation mystique, qui seule, disait-il, par la concentration qu'elle nécessitait, le débarrassait de ses pollutions. Il s'exprime même dans une lettre comme si cette concentration n'était qu'une mesure thérapeutique.

« Je ne sais si ce que vous appelez ma vie mystique existerait si j'étais dans l'état physique de Rome, par exemple. Quand j'ai le bien-être physique je suis païen, maurassien, panthéiste, quand je souffre, je me console dans le Christ. »

C'est un aveu du caractère artificiel de sa vocation spirituelle. A ces ébranlements, il cherche néanmoins une explication transcendante.

« Peut-être c'est normal tout cela et j'ai tort d'y faire trop attention ! C'est dans le programme de la transformation ! Ces ébranlements font partie de la Passion en vue de la Résurrection ? Il faut voir si c'est mon cas.

«Pour faire cesser ces tourments, je me fais enfant le plus possible, je m'adapte à mon milieu. Pour ce qui est d'irréductible avec moi (ce genre artificiel, grimaçant et faux, confitureux et d'une onction factice et affadissante), je m'isole en Dieu en Le laissant agir même par mon milieu ; peut-être daignera-t-Il m'attirer dans son être et me protéger dans sa face « a conturbatione hominum », je planerai tellement au-dessus des contingences que je ne les verrai plus. C'est ce qui m'arrive dans l'extase. Il faudrait arriver à cette extase sans compromettre à ce point l'équilibre nerveux..... Peut-être que ces souffrances si vives auront pour effet de me faire entrer dans ce séjour et que je pourrai m'y tenir sans souffrance. Ah ! Seigneur, ne parlez pas d'une adaptation plus grande, les droits du vrai sont sacrés. »

Voici encore une série de citations qui montrent ce qu'il y a de voulu dans ces attitudes, qui le protègent d'une part contre le doute de lui-même et, d'autre

part, ont une action contre ses troubles organiques. Son attitude schizoïde y apparaît également de façon très nette.

« Très souvent j'ai contemplé une vérité, non pas pour elle-même, mais pour me faire vibrer, me mettre en tel ou tel sentiment. Il faudrait arriver à une contemplation absolument désintéressée de l'objet, au lieu de se faire impression soi-même au moyen de l'objet et, tout en contemplant, observer en coulisse son effet sur le contemplateur. »

Noter également au passage cet aveu :

« Il y a une certaine inconsistance en ma personne ; je n'ai d'autre fermeté qu'une roideur et une tension épuisantes ; la détente est pour moi la débâcle, la débandade. »

« Quand je pense, dit-il, j'ai l'impression de remuer plutôt des concepts que des choses et de dérouler les lois de ma pensée plutôt que celle des choses »..... « Je suis la victime d'une tendance issue de Rousseau, qui désole actuellement des milieux religieux, tendance à sentir, bien plus à se faire impression soi-même, à exciter en soi mécaniquement et sur commande tel ou tel sentiment, à se faire vibrer aussi cet esprit réflexe, issu de Descartes, qui fait de beaucoup des spectateurs d'eux-mêmes, analysant leur vie, la raisonnant au lieu de la vivre. Je suis même un *théoricien de la vie plutôt qu'un vivant, dans une certaine mesure.* »

Au milieu de ce chaos, une idée le domine ; pour éviter ces pollutions, il faut que la vie reprenne ses droits ; doit-il se marier afin de pouvoir, ainsi libéré, poursuivre sans obstacle ses hautes spéculations mystiques et métaphysiques, ou doit-il demeurer dans les ordres ? Dans le cas particulier, le mariage, comme autrefois la contemplation mystique, est considéré du point de vue de la thérapeutique. Parmi les nombreux écrits qu'il consacra à ce dilemme, nous apportons cette fiche sur le recto de laquelle il indiquait les causes qui le poussaient au mariage, tandis que le verso portait celles qui devaient l'en détourner.

Recto -

1. Il m'est très difficile de reprendre la vie spirituelle à cause des plis insupportables que j'ai contractés.

2. Je ne vois guère où me caser dans le monde religieux.

3. Mon état physiologique continent sera-t-il jamais normal ? Le mariage me complètera, me calmera... — La vie dans le monde sera une vie plus simple et plus reposante. — Ma religion sera plus vivante et plus large.

Verso

1. Mes fortes tendances religieuses risquent d'être mal satisfaites.

2. Il faut trouver une compagne.

3. Et une situation où je prenne

4. Ma santé sera-t-elle assez forte pour le mariage ?

Telle est la question qui l'obsède.

« Vu les multiples flottements auxquels je suis soumis depuis 8 ans, je me trouve dans un état morbide d'indécision, laquelle me ronge de façon latente. Sans tarder, il faut appliquer le remède : un état de décision ferme et définitive. Les autres remèdes ne feront pas grand'chose sans cela. Pour ma part, voici mes dispositions actuelles bien déterminées :

« Si cette incontinence dure, je n'hésite pas à me marier.

« Si elle cesse et si je puis me caser dans un milieu ecclésiastique, je ne demande pas mieux qu'à persévérer dans les ordres.

« Prenons le temps voulu, c'est-à-dire le plus court. »

Il adopta la solution du mariage sans se soucier de ses conséquences. La vie conjugale devint rapidement impossible ; le mariage fut rompu et il partit à l'étranger, mais avec l'idée de se remarier ou de prendre une maîtresse, « afin de pouvoir plus librement faire de la métaphysique »...

Nous avons, au cours de cette longue observation, laissé la parole au malade, car ses lettres, ses écrits illustrent ce que nous avons déjà signalé chez E. et cela avec une nuance encore plus égocentriste, et même plus cynique ; doute de soi-même primordial avec jalousie de l'indépendance et de l'originalité, attitude schizoïde, essais grotesques et infructueux de vivre dans la réalité.

Ce qui est intéressant à noter chez nos décalés, ce sont des tentatives (maladroites il est vrai) de renouer

les fils de leur personnalité ; il y a, chez eux, une volonté de vivre et d'agir, de reprendre un courant quel qu'il soit, aussi différent soit-il de leur personnalité réelle. Contrairement à des douteurs d'eux-même, à mentalité de vaincus, ils ne se laissent pas abattre, ils veulent vibrer ; ils sonnent faux, mais ils rendent un son.

Ces malades rappellent par certains traits les « désenchantés de la schizoïdie » dont il a été question dans un précédent article. Mais nous croyons plutôt qu'ils sont assez souvent confondus avec les paranoïaques ; or ils n'ont de la paranoïa que quelques touches. La roideur de leur personnalité, sur laquelle nous nous sommes expliqués, en imposerait parfois pour ce diagnostic, mais un examen suffisamment approfondi fait apparaître les autres traits du personnage. Pierre Janet a eu le mérite de montrer que bien des autoritaires sont des faibles et des douteurs d'eux-mêmes ; sans leur roideur de surface, leur être se désagrège, car il manque de cohésion ; ces sujets ont leurs idées ou plutôt celles d'un chef de file plus ou moins avoué, mais ils sont incapables de les faire partager par les voies de la logique, aussi les posent-ils en axiomes afin de les rendre intangibles. Les décalés sont, à notre avis, assez voisins des sujets ainsi décrits par Pierre Janet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1928

Présidence du D^r LEROY, Président

Mme Minkowska et M. Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance comprend une lettre du D^r Colin, secrétaire général, qui s'excuse de ne pas assister à la séance.

ALLOCUTION DU D^r LEROY

M. LEROY, *président*. — Messieurs. Depuis notre dernière réunion, M. le D^r Truelle a été promu chevalier de la Légion d'honneur. Je suis sûr d'être votre interprète — et j'en suis moi-même très heureux — en adressant à notre collègue nos meilleures félicitations.

Notre Société vient d'être frappée d'un nouveau deuil dans une circonstance particulièrement cruelle. M. le D^r Henri Colin a perdu récemment le second de ses fils, externe des hôpitaux, des suites d'une maladie contractée pendant la guerre. L'étudiant avait 18 ans quand éclata l'affreuse catastrophe. Parti peu après son frère aîné, dans l'enthousiasme de sa jeunesse, le jeune homme se conduisit noblement. La médaille militaire, la croix de guerre et la légion d'honneur, successivement obtenues, sont une preuve manifeste de sa vaillance. Il revint au foyer blessé et atteint d'une affection provoquée par les gaz, affec-

tion dont les soins les plus assidus ne purent triompher. Sa disparition laissent désespérés les membres de cette famille si tendrement unis.

Notre secrétaire général peut être assuré de la part que nous prenons à sa souffrance. Il sait que nous sommes tous ici ses amis et que la Société médico-psychologique ressent une émotion infiniment douloureuse. Mes paroles seront reproduites dans le compte rendu de nos séances et les *Annales médico-psychologiques*, que M. le D^r Colin rédige avec tant de dévouement, conserveront à jamais le pieux souvenir du fils regretté.

Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie, chez les hétérophréniques

par MM. Paul GUIRAUD et Bernard CAILLEUX

Le malade que nous allons présenter à la société est un hétérophrénique ayant commis une tentative de meurtre. Son histoire clinique nous servira de thème pour exposer notre conception de la psychogénèse des brusques réactions anti-sociales souvent observées au début de l'hétérophrénie.

Paul L. est né le 4 février 1904. On n'a retrouvé aucun antécédent psychopathique dans sa famille et son enfance semble avoir été normale.

A l'école primaire, il fut un élève assidu et compréhensif, aussi le dirigea-t-on alors sur l'école Diderot et l'école Arago où il apprit le métier de dessinateur industriel.

Il vivait seul avec sa mère et fréquentait peu d'amis. Les renseignements qu'il donna sur cette période de sa vie et ceux fournis par l'enquête judiciaire concordent bien : c'était un garçon calme, rangé, silencieux et fort travailleur.

Il atteignait 18 ans quand un changement commença à se manifester dans toute son attitude. De plus en plus taciturne, il semblait s'absorber davantage dans son travail et se désintéresser de tout le reste.

Mais il précise qu'il pensait surtout à de brillantes mais vagues inventions de fours électriques ou autres appareils se rapportant à son métier.

« C'était, dit-il, flou et mal expliqué. Mais j'y pensais sans cesse et je prenais le crayon pour tracer des plans. »

Cette activité cérébrale encore que stérile n'était pas sans fatiguer Paul et il nous signale de lui-même qu'il se mit alors à boire « pour se distraire et se reconforter ».

Au début, ses libations n'excédaient pas quelques verres de vin blanc en dehors des repas mais il en vint progressivement à deux et trois litres par jour.

Pendant les trois mois qui ont précédé sa tentative de meurtre, il nous affirme avoir ingurgité quotidiennement 4 et 5 litres de blanc chaque jour. Même en faisant la part d'une exagération manifeste, on conçoit sans peine qu'il fut complètement ivre tous les soirs.

Jamais d'ailleurs au cours de son ivresse il ne se querella avec personne et, rentrant toujours entre une et cinq heures du matin, il n'eut jamais affaire avec la police.

Il nous confie d'ailleurs « qu'il avait le vin triste et qu'il se sentait plutôt abruti ».

Son emploi lui fut retiré et il dut en chercher un autre. La recherche fut laborieuse étant donné son intempérance et le désintérêt du monde qu'il professait de plus en plus.

La fréquentation des divers marchands de vins de son quartier le mit en relations avec des « orateurs » du parti communiste. Sans avoir jamais été un militant, il semble qu'il fréquenta quelques réunions. D'ailleurs la doctrine communiste lui plut surtout par son côté mystique et il la réduisit à une vague haine des tyrans et des exploiters et à une espérance imprécise que tout allait changer.

Une conséquence inattendue de ses opinions politiques fut qu'il devint extrêmement religieux et qu'il passait de longues heures dans les églises. Il nous explique que « dégoûté des hommes, il se tournait, comme qui dirait, vers Dieu ». Sa métaphysique s'arrêtait là et il ignorait tout de la religion.

Enfin il faut signaler qu'à 20 ans, âge où il commit sa tentative de meurtre, Paul n'avait à peu près aucune préoccupation sexuelle. Il nous explique « que les femmes le laissaient froid et qu'il était même un véritable glaçon ». Cette frigidité n'a pas changé et il semble en tirer une certaine vanité. Il ne pratiquait pas l'onanisme et les deux ou trois expériences sexuelles qu'il ait tentées lui ont laissé un souvenir « pas du tout agréable, au contraire ».

L'opinion des voisins sur ce singulier garçon sombre, taciturne, et qui rentrait chaque soir à des heures tardives visiblement ivre mais toujours muet, était que « le jeune homme était fou » ou tout au moins « qu'il était très bizarre ».

C'est sur ces entrefaites que, le 21 décembre 1924, Paul arrêta à la gare de l'Est le chauffeur K. et lui demandait de le conduire à la Ferté-sous-Jouarre. Celui-ci accepta. Au cours du trajet, Paul expliqua au chauffeur qu'il était étudiant en médecine et qu'il allait au château de son père, le comte Figeac. K. lui répondit quelques mots et se déclara ancien officier de la marine impériale russe. Arrivés à la Ferté, Paul invita son chauffeur à pénétrer dans un parc et, après un trajet de 40 minutes à pied où ils causèrent tranquillement, il sortit un revolver et déchargea 5 balles dans le dos de K., le blessant au bras et au flanc.

Il abandonna alors le malheureux et revint à l'auto qu'il essaya de mettre en marche. N'y parvenant pas, il pria un chauffeur qui passait de le conduire à Choisy. Celui-ci l'amena tout droit au commissariat de la Ferté où Paul avoua avoir volé un auto et bientôt avoir tiré sur K.

Les raisons qu'il donnait pour motiver son acte semblèrent si extravagantes qu'il fut envoyé à l'Infirmerie du Dépôt.

Selon lui, en effet, il faisait partie d'une puissante société secrète dont le chef, colonel de l'armée russe, l'avait rencontré sur la place de l'Etoile 15 jours avant et emmené aussitôt dans les caves d'un immeuble de la rue de Vaugirard où deux ou trois cents Russes étaient réunis. A la suite de quoi on lui donna 27.000 fr. Les réunions se succédèrent à raison de deux par semaine jusqu'à la veille du jour de la tentative de meurtre où on le désigna pour supprimer un traître — moyennant une grosse somme d'argent.

Le rapport médico-légal signé de MM. Rogues de Fursac, Marie et Truelle nous a beaucoup aidé pour cette observation. Il signale le caractère romanesque, l'in vraisemblance, la variabilité et l'imprécision des discours de Paul.

Celui-ci, par exemple, de 27.000 fr. qu'il prétendait avoir reçu, en arrive à donner 800.000 fr pour chiffre exact après avoir affirmé 119.000 fr. Il déclarait d'abord avoir tiré pour l'argent, il termina en affirmant que son acte avait été accompli pour l'« Idée ».

Il donna un plan de grande révolution pacifique et sans effusion de sang en mentionnant qu'il aurait pour sa part à tuer 11 personnes, « pas des meurtres, des suppressions ».

Le rapport, se fondant sur ce délire et sur l'attitude figée de Paul, alors qu'il le racontait, élimine la simulation et conclut à l'irresponsabilité du prévenu en portant le diagnostic de début probable de démence précoce hébéphrénocatatonique.

Le malade entra à l'Asile clinique en avril 1925 et fut transféré à la section des aliénés difficiles de Villejuif le 24 novembre 1927.

Le premier examen révéla l'indifférence et la bradypsychie de Paul. Il obéit passivement à quelques ordres absurdes et ne manifesta aucune émotion en parlant de son geste meurtrier. Invité à donner quelques précisions sur celui-ci, il retrouva péniblement des lambeaux de son ancien délire et cet effort semblait lui être plus difficile que désagréable.

Une phrase revenait souvent : « Ne me parlez plus de cela. — C'était il y a deux ans. — C'est trop loin. — C'est fini. »

Dans le service, Paul est rapidement passé au quartier des travailleurs et voici près d'un an qu'il y fabrique des chaussons, indifférent aux préoccupations de ses camarades, ne parlant qu'à peine et passant ses journées à fumer la pipe et ses loisirs sur des problèmes de mots croisés.

Réinterrogé en juin, il semble que l'effacement de son équipée se soit complété. Il ne répond plus que vaguement aux questions et le plus souvent par des « Je ne sais plus » qui semblent sincères. Invité à justifier son acte, il l'explique par l'alcool.

Enfin, à l'heure actuelle, Paul semble avoir abandonné toute croyance en son délire. Il estime que sa maladie fut provoquée par l'alcool et quant au geste lui-même il en donne une explication qu'il avait déjà fournie à Ste-Anne et sur laquelle nous aurons à insister tout spécialement.

Le fonds mental de Paul est à peu près normal. Il raisonne bien, est capable de discernement, effectue des calculs simples et donne des solutions intelligentes aux problèmes qui lui sont posés.

Mais toute son activité intellectuelle est entravée par une bradypsychie accentuée et persistante. Son allure est réticente. Sa mimique inexpressive. Il a souvent un sourire figé. Son indifférence est très nette, il ne se préoccupe ni de sa sortie ni de sa victime. Au total, on est en présence d'une hébéphrénie fruste dont la symptomatologie se borne, à l'heure actuelle, à un certain degré d'indifférence, d'inertie et d'apathie. Mais ce désintérêt général reste bien pour nous l'essentiel de la maladie.

Les circonstances même de la réaction anti-sociale de notre malade nous ont remis en mémoire un rapport médico-légal publié en 1918 par Egger, Ladame et Neuville (2) concernant un cas dont la similitude avec le nôtre est vraiment frappante.

Il s'agissait en effet d'un jeune Turc, âgé de 21 ans, habitant Genève, connu depuis longtemps pour ses bizarreries et ayant quitté le domicile de ses parents. Ce garçon, au cours d'une promenade nocturne, avait arrêté un taxi et s'était fait conduire sans aucune utilité dans un coin de la banlieue de la ville où avaient jadis habité ses parents.

Il avait alors tué le chauffeur d'un coup de revolver dans la nuque et s'était enfui. Arrêté, le lendemain, il avait inventé un roman compliqué mais puéril pour éloigner les charges qui pesaient sur lui. Il avait avoué par la suite, mais sans manifester aucun remord. Inventant de nouvelles justifications, les entremêlant de conceptions franchement délirantes et marquant une indifférence complète quand au résultat de son procès.

On le voit, il ne s'agit pas d'une simple ressemblance de forme. Certes, le malade de Genève avait montré moins d'inquiétude avant le crime et se révéla par la suite beaucoup plus amoral que le nôtre. Mais c'est bien cette même violence immotivée frappant un inconnu, bien aussi cette fabulation romanesque et mal charpentée qui suit immédiatement le drame et bien enfin cet abattement indifférent où se plonge le malade.

Traits essentiels qui caractérisent notre cas.

Tout l'intérêt de ces malades réside pour nous dans l'étrangeté de leurs violences, dans l'apparente incohérence de leurs réactions anti-sociales. Il s'agit bien en effet, de meurtre ou de tentative de meurtre parfaitement immotivées. Rien de comparable avec le meurtre prémédité d'un persécuté, avec le meurtre impulsif d'un véritable dément, ni non plus avec le meurtre accompli brusquement par un alcoolique.

Ces cas sont d'ailleurs bien connus et bien isolés et nous les avons trouvés signalés par de nombreux auteurs (1, 2, 5, 6, 9, 10, 11). Un sujet surtout (9) présentait une analogie très grande avec ceux dont nous rapportons l'observation.

L'opinion habituelle sur ces réactions anti-sociales est que les hétérophréniques sont capables au début de leur maladie des plus invraisemblables violences et ce, sans l'ombre de préméditation ni même d'apparente raison, qu'ils sont donc dangereux et qu'on peut parler d'une période médico-légale de l'hétérophrénie (1, 5, 6).

Cependant, devant ces réactions violentes si fréquemment observées, on est tenté de chercher une cause générale, un pourquoi qui répondrait sinon à tous les cas du moins à beaucoup.

Cette question n'a pas été résolue et nous ne croyons pas qu'elle ait été posée. On se contente d'ordinaire de dire que ce sont des meurtres bizarres et qu'ils n'ont pas de cause.

Considérant que c'est dans l'hétérophrénie que l'on observait toujours ces réactions, nous en avons cherché la cause dans la maladie elle-même. Ce désintérêt général, cette impression d'étrangeté intervenue, cette indifférence aux choses du dehors, ce repliement improductif sur soi-même amènent *une pénible sensation à la fois physique et mentale* que Paul nous peignait justement en parlant de « Tristesse, ennui, neurasthénie » disant que « C'était anormal, que cela empirait et qu'il fallait faire quelque chose ».

Nous sommes persuadés qu'il chercha dans l'alcool une défense contre la maladie sous forme d'un stimulant et d'un oubli.

Et, de même que dans le domaine physique, il lutait en buvant, dans le domaine mental il cherchait à combattre le désintérêt vital qui l'envahissait par la politique et la religiosité. C'était, comme diraient les psychanalystes, une sorte de *sublimation défensive*. Ces préoccupations longuement ruminées l'amènèrent par deux voies différentes à l'idée de mal général et

à la déduction qu'elle comporte — à savoir qu'il faut le supprimer.

Rien d'extraordinaire à ce qu'il ait *fusionné* la notion de sa maladie avec celle du mal social ou plutôt qu'il ait *symbolisé* la première par la seconde.

La réaction violente apparaît ainsi à la fois comme le dernier sursaut d'énergie d'un organisme qui sombre dans l'indifférence et l'inaction et comme le résultat d'un *transfert* du désir « guérir la maladie » sur celui de « supprimer le mal social ». (Par un paralogisme verbal et symbolique fréquent chez les hétérophréniques : Tuer le mal = tuer la maladie).

Ainsi comprise, la réaction anti-sociale peut se produire soit déterminée par une cause occasionnelle, soit même — comme c'est le cas — sans avoir besoin d'aucune déterminante extérieure.

Bien entendu, l'essentiel de cette argumentation qui s'appliquait d'abord au cas de Paul a une portée plus générale.

C'est, en somme, faire de la violence une réaction de l'énergie de l'individu pour se libérer de la maladie qui tend à annihiler toute son activité psychique.

Sans doute cette explication comporte une grande part d'hypothèse, mais quelques arguments viennent cependant l'étayer.

D'abord des épreuves répétées d'associations d'idées par la méthode de Jung nous ont montré que tous les mots appartenant au complexe-maladie provoquaient des inhibitions très prolongées.

Ensuite, quand nous avons soumis au malade notre hypothèse explicative, il nous a répondu immédiatement : « Vous avez trouvé la vraie raison de mon acte ; d'ailleurs, je m'en étais moi-même rendu compte et j'avais donné la même explication aux médecins qui m'ont examiné à Ste-Anne. »

La connaissance que nous avons de notre malade nous permet d'affirmer que la suggestibilité ou le désir de nous être agréables ne peuvent entrer en ligne de compte.

Une objection, dans le cas particulier, pourra nous être faite à laquelle il convient de répondre :

Chez ce malade où l'appoint éthylique est patent, l'alcool ne suffirait-il pas à expliquer la tentative de meurtre ?

Il semble bien cependant que ce n'est pas là le geste d'un alcoolique. La victime qui a pu donner tous les renseignements sur la France n'a pas signalé la moindre irritation chez Paul. La colère donc semble bien éliminée en tant que motif. Les deux hommes causaient d'ailleurs tranquillement et rien n'a pu faire peur à notre malade. On chercherait en vain, l'onirisme terrifiant habituel aux alcooliques meurtriers. Toute la conduite de Paul, avant comme après son acte, a différé de celle d'un alcoolique. Il semble que l'on peut admettre — comme certains auteurs l'ont montré (7) — que l'alcoolisme joint à l'hébéphrénie favorise l'éclosion de réactions anti-sociales et que dans leur psychogénèse l'alcool jouerait peut-être un rôle inhibiteur des barrières éthiques habituelles. Encore que cette opinion ne nous semble pas bien fondée et que l'hébéphrénie peut fort bien y suffire.

En dernière analyse nous pensons qu'il faut voir dans ces violences immotivées des hébéphréniques débutants non une réaction sans cause, mais un effort de libération contre la maladie transposée pathologiquement dans le monde extérieur.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. ANTREAUME et MIGNOT. La période médico-légale prodromique de la Démence Précoce (*Encéphale*, février 1907, p. 126). — 2. EGGER, NEUVILLE, LADAME. Rapport médico-légal sur l'état mental de K. F. prévenu d'assassinat (*Annales Médico-psychologiques*, 1918, vol. I, p. 248 et 385 ; vol. II, p. 61). — 3. GELMA. Les psychoses à éclosion subite de la prison préventive (*Annales Médico-psychologiques*, février 1924). — 4. GELMA. Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique (*Editions universitaires de Strasbourg*, 1927). — 5. HALBERSTADT. Etude médico-légale de la démence précoce à forme simple (*Encéphale*, 1924, p. 111). — 6. HAL-

BERSTADT. Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce (*Annales de Médecine légale et de Criminologie*, 1927, p. 111). — 7. PRIVAT DE FORTUNIÉ. Alcoolisme et Démence Précoce (*Société Clinique de Médecine mentale*, 1922, p. 137). — 8. RÉGIS. Les régicides dans l'histoire et dans le présent (*Archives d'Anthropologie Criminelle*, 1890, p. 5). — 9. ROUSSET et BOUVAT. Un cas de Démence Précoce à forme catatonique (*Archives d'Anthropologie Criminelle*, 1913, p. 39). — 10. RINDERKNECHT. Ueber Kriminelle Héboïde (*Zeitschrift f. d. g. Neurologie Orig*, 1920, vol. 57, p. 35). — 11. DE WYSS. Trois cas de crimes au début de la Démence Précoce.

DISCUSSION

Le malade introduit donne quelques indications sur son état antérieur au meurtre, mais élude toute réponse au sujet de celui-ci, dont il prétend n'avoir pas conservé le souvenir.

M. MALLET. — Je rapprocherai volontiers de ce cas, en dépit de la différence de réaction, celui d'un malade que j'ai observé, qui s'était livré à une auto-mutilation. Il est actuellement dans le service du D^r Leroy qui pourrait nous donner à ce sujet des indications intéressantes.

La séance est levée à 5 heures.

Les Secrétaires des Séances,

P. GUIRAUD, BUSSARD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BIOLOGIE

Où en est la Chimie colloïdale, par Paul BARY. Un vol. de 323 pages. Collection des *Mises au Point*. Gauthier-Villars et C^{ie}, éditeurs, 1927.

C'est un exposé général de la chimie des corps colloïdaux, qui n'est nullement rédigé à l'usage des médecins ou des biologistes. Il est même regrettable qu'il n'y ait pas quelques chapitres spécialement consacrés aux colloïdes des organismes vivants, car l'auteur a un don de clarté des plus remarquables, et tout son ouvrage est très facilement compréhensible, sans connaissances étendues de chimie.

Tout en regrettant que M. Bary ne s'occupe pas spécialement de la constitution des colloïdes des corps animaux, de leur variation dans les maladies, de leur floculation, etc., la lecture de son livre paraît à conseiller. Un médecin rencontre constamment des articles où il s'agit des colloïdes et il est nécessaire qu'il sache ce qu'est un gel, un sol ou une adsorption. Nulle part, il ne trouvera une plus claire et plus brève définition de tous ces mots que dans l'ouvrage de M. Bary.

J. LAUTIER.

PHILOSOPHIE

Voilà vos bergers... Jésus devant la Science, par le D^r Emile VÉRUT. Un vol. de XVII-306 pages. Norbert Maloine, éditeur, 1928.

Le D^r Vérut a entrepris de réfuter, par des arguments scientifiques, les différents négateurs de la divinité du Christ. Il ramène leurs thèses à six : la thèse de Voltaire, qui fait de Jésus un homme comme un autre, la thèse de

Renan qui en fait un homme supérieur, celle des modernistes qui nient son existence historique, la thèse de Barbusse pour qui le Christ est un des premiers propagandistes du communisme, enfin les thèses de Jules Soury et de Binet-Sanglé qui le jugent atteint de troubles mentaux.

Ce sont les pages relatives à la réfutation de ces deux dernières thèses, qui justifient l'analyse de cet ouvrage dans une revue consacrée à la médecine mentale. Il ne peut être question de faire une critique générale du livre ; c'est un livre de combat ; l'auteur n'est pas tendre pour ses adversaires. Pour lui, Voltaire, Renan, les modernistes sont « des mystificateurs », Soury « un ignorant », Binet-Sanglé « un monomane ». Quant à Barbusse, il ment consciemment. La chaleur de l'indignation du Dr Vêrut, qui l'engage à distribuer de tels qualificatifs, va jusqu'à lui faire adopter des arguments peu orthodoxes lorsqu'ils lui paraissent utiles. C'est ainsi qu'il paraît approuver (p. 10), une phrase de Renan relative aux divergences des Evangiles entre eux. « Deux récits du même événement, faits par des témoins oculaires, diffèrent essentiellement », écrit Renan. Et M. Vêrut ajoute : « Rien de plus juste ». Or, pour l'Eglise, l'écriture sainte est révélée, et tout son contenu est article de foi. Un croyant comme M. Vêrut ne peut admettre, comme le fait un incrédule, que les évangélistes peuvent avoir commis des déformations involontaires.

La conviction religieuse de l'auteur l'abuse aussi quelque peu sur la valeur de ses arguments « scientifiques ». Il est bien probable que, sur beaucoup de points la science de M. Vêrut est purement livresque, non appuyée sur l'observation directe. Ceci est particulièrement sensible pour nous lorsqu'il s'occupe de réfuter les diagnostics de maladie mentale de J. Soury et de Binet-Sanglé. Ici l'auteur avait la part belle ; il est évident que ces diagnostics sont absurdes dans les deux cas. Il est aussi insoutenable de faire de Jésus un paralytique général que de lui attribuer un délire « théomaniaque », qui est un pot-pourri incohérent et laborieusement échafaudé de toutes sortes de symptômes mentaux.

Mais il nous paraît que M. Vêrut ne connaît guère les aliénés que par les manuels. Pour lui, par exemple, tous les cas de P. G. se ressemblent et il considère la démence complète et le délire de grandeur absurde et absolument incohérent, comme existant dans tous les cas et à n'importe

quelle période de la maladie. On pourrait presque toujours retrouver les sources livresques des connaissances psychiatriques de M. Vérut, et, dans certains cas, elle sont loin d'être prises dans les ouvrages récents. Aussi a-t-on un peu envie de sourire lorsqu'il traite sommairement d' « ignorant » un érudit d'une aussi vaste culture que Jules Soury.

M. Louis Bertrand a écrit une préface pour : « Voilà vos bergers. » M. Bertrand n'aime pas les médecins, mais comment peut-il déformer la réalité jusqu'à écrire que « nos psychiatres sont presque toujours à la remorque de nos romanciers. » Est-ce que les romanciers célèbres qui allaient se documenter aux conférences du P^r Dupré ou auprès des médecins de Charenton, est-ce que les écrivains qui aujourd'hui bâtissent romans ou pièces de théâtre sur les théories psychanalytiques (et ils sont légion), contresigneraient cette singulière assertion de leur confrère ?

J. LAUTIER.

L'Eternelle question. L'auteur de tout ? L'Âme ? par M. Raoul BERNARD. 2 vol. de 338 et 294 pages. Editions Pacis. Nice, 1927.

L'auteur, que n'effraient pas de grandioses projets, a tenté d'exposer *en vers* la somme de sa philosophie spiritualiste. Ses dons poétiques étant inférieurs à ses ambitions, il a accouché d'un *monstrum horrendum* qui fait reculer le lecteur le plus intrépide.

Je voulais citer quelques vers pris au hasard dans la première page venue, mais on croirait que je manque de charité.

J. LAUTIER.

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude des psychoses alcooliques, par le D^r Jean STAVRIDHIS. (Un vol. de 69 pages. Imprimerie Keller-Immelé, à Rouffach, éd., 1928).

Quoiqu'elle porte sur un sujet bien souvent traité, on lit avec intérêt cette thèse due à un interne de l'Asile de Rouffach. Les différentes formes de l'alcoolisme psychique sont assez complètement décrites et bien classées. Il y a des observations bien prises de chaque forme. Mais surtout l'auteur a eu le mérite d'insister sur ce fait que les psychoses alcooliques pures sont relativement rares, et que ce que l'on observe le plus souvent dans les asiles, ce sont des hybrides

de l'éthylisme et d'autres affections mentales, des « psychoses alcoolisées » selon le terme qu'emploie M. Stavridhis. C'est une constatation que l'on ne cesse de faire dans un département normand comme l'Orne.

J. LAUTIER.

De la vie affective et sexuelle. Données pratiques pour les médecins, juristes et pédagogues, par Ludwig FRANK (2 vol., 807 p. Georg Thieme, éditeur. Leipzig, 1927. Prix, 14 marks 40, relié 16 marks 50).

L'auteur a pour but de diffuser la connaissance du rôle de l'affectivité et de la vie sexuelle chez un individu à la limite du normal. Celui-ci sera normal ou anormal dans sa vie affective et sexuelle selon la direction que l'on lui donnera à sa puberté.

L'auteur examine tous les âges. Il conseille de donner toutes les explications nécessaires mais graduées, suivant l'âge, l'intelligence de l'adolescent à la puberté, et exige que l'explication soit donnée par les parents (par le père au fils et par la mère à la fille).

Il passe en revue tous les troubles causés chez les adolescents par la crainte ou par la mauvaise compréhension de changements effectués dans leur corps et esprit.

Ensuite c'est le tableau de toutes les misères de la vie conjugale, causées par le mauvais entendement entre les époux : celui-ci est causé par une affectivité anormale ou par différents troubles que l'un des deux époux apporte dans le mariage, sans que personne s'en doute.

Les chapitres concernant les troubles de la ménopause et de l'involution sénile, sont les moins nombreux.

Un sujet pareil est très difficile à traiter. Toute classification scientifique rigoureuse étant impossible, — chaque cas doit être traité individuellement par rapport aux dispositions naturelles du malade, par rapport au milieu dans lequel il vit, etc. — l'auteur a introduit dans son livre la forme épistolaire. Chaque cas est une observation clinique complète pour que le lecteur puisse mieux ressentir l'ambiance et le milieu du malade. Il ne faut donc pas en vouloir à l'auteur de certaines répétitions et redites, car il s'adresse dans ses lettres tantôt au malade lui-même qui lui demande conseil, tantôt à l'entourage du malade.

C'est un livre qui peut aider à comprendre et à éviter les fautes consécutives à l'ignorance ou à la mauvaise interprétation de tout ce qui touche à la vie sexuelle.

Gabriel FAIL.

La production technique des aliénés, par M. TRAMER. (Oldenbourg, éditeur Munich et Berlin, 1926. 1 vol. de 276 p., 12 marks, relié, 14 marks 50).

Douze observations très détaillées ont permis à l'auteur d'étudier la production technique des psychopathes. Il s'agit, pour la plupart, des malades inventeurs, dont la préoccupation est le mouvement perpétuel.

L'auteur conclut que la pensée technique n'est nullement créatrice chez eux, mais qu'elle est capable de fournir un bon travail et même de trouver de nouveaux expédients dans le domaine technique.

Quant à la genèse de la pensée créatrice, celle-ci ne dépend pas directement de leur sexualité, mais est liée à leurs idées délirantes.

L'auteur croit que la création technique des aliénés n'est pas le fruit de leur état morbide, mais qu'elle doit être rattachée à la partie normale de leur esprit.

Le travail fourni par les aliénés dans le domaine technique, est un travail effectif, et même les aliénés sont capables d'apprendre un nouveau métier. D'où résulte que l'intelligence pratique se maintient intacte, dans tous les états dementiels, plus longtemps que l'intelligence théorique.

La conclusion pratique de cette étude est qu'on pourrait appliquer, dans les asiles et ailleurs, le travail technique comme moyen thérapeutique.

Le livre, riche en détails techniques, est illustré par des plans faits par les malades et par des dessins explicatifs.

Gabriel FAILL.

PSYCHOLOGIE

Introduction à la psychologie collective, par Charles BLONDEL (1 vol. de la Collection Armand Colin, Paris, 1928).

D'après l'auteur, la psychologie ou science de l'activité et des fonctions mentales poursuit trois ordres de recherches nécessitant trois disciplines différentes : la psychologie spécifique ou psychophysiologie qui étudie ce que l'individu doit à son organisme ; la psychologie collective qui étudie ce qu'il doit à son milieu social ; la psychologie différentielle qui étudie ce qu'il doit aux particularités de sa physiologie et de son existence sociale.

Cette psychologie collective n'a pas encore été codifiée. Cet ouvrage n'a pas la prétention de le faire ; son seul but est de la définir en déterminant ses hypothèses de travail et en orientant et systématisant ses efforts.

A. La première partie est un exposé des points de vue des trois auteurs qui sont tombés d'accord pour affirmer que l'esprit humain partout et toujours est pénétré d'influences collectives : Comte, Durkheim, Tarde.

Comte élimina la Psychologie du nombre des sciences parce qu'elle n'avait alors pour méthode que l'introspection. Mais il répartit, entre la biologie et la sociologie, les phénomènes mentaux susceptibles d'être étudiés positivement. Les fonctions sensorio-motrices étaient pour lui du ressort de la psycho-physiologie, science biologique, et le comportement intellectuel et volontaire de l'homme du ressort de la sociologie. Quant aux réactions entre le physique et le moral, leur étude constituait l'anthropologie, qui répond en partie à ce que nous appelons éthologie. D'après lui, en somme, le plus grand nombre des faits mentaux sont du ressort de la sociologie, c'est-à-dire de la psychologie collective.

Durkheim s'est efforcé de prouver que les manifestations de l'activité collective ont une existence effective en dehors et indépendamment des individus, qu'elles constituent des réalités, tandis que les individus et leurs activités contingentes ne sont que des abstractions. Pour lui, l'homme est un animal dont la société opère la refonte. Tout ce qui en lui dépasse l'animalité pure, lui vient de la société. « Les idées générales que la religion ou la science gravent dans nos esprits ; les opérations mentales que ces idées supposent ; les croyances et les sentiments qui sont à la base de notre vie morale ; toutes ces formes supérieures de l'activité psychique que la société éveille et développe en nous ne sont pas à la remorque de notre corps, comme nos sensations et nos états cœnesthésiques. » Pour Durkheim, il faut doubler la psychologie en psycho-physiologie et en socio-psychologie et cette dernière est subordonnée à la sociologie qui lui commande.

Tarde part d'un point de vue différent. Il affirme, au contraire, le primat de l'individu. « L'individuel écarté, le social n'est rien..., il n'y a rien, absolument rien, dans la société qui n'existe à l'état de morcellement et de répétition continuelle dans les individus vivants ou qui n'ait existé dans les morts dont ceux-ci procèdent. » La vie sociale est faite d'inventions qui en assurent le renouvellement et le progrès, et d'imitations qui en assurent la continuité et la stabilité. Il y a une psychologie individuelle qui étudie le moi isolé. Et il y a une psychologie intercérébrale ou interpsychologie qui étudie le moi impressionné par un autre

moi. La première est fondamentale et la seconde lui est subordonnée. Malgré ces affirmations, Tarde arrive à conclure, — nous explique Blondel, en des développements qui ne sauraient prendre place ici — que l'individu, au sens d'atome social, d'unique et d'ultime réalité morale, ne se présente jamais à notre observation dans sa simplicité et sa pureté natives ; que toujours il s'offre comme un composé inextricable dans la constitution duquel d'innombrables influences collectives sont intervenues.

B. La seconde partie est une démonstration que les questions relatives aux vies intellectuelle, affective et volontaire communément traitées par la psychologie générale, ressortissent en totalité ou en partie à la psychologie collective. L'auteur se borne à développer sa doctrine à l'aide d'exemples pris dans la perception, la mémoire et la vie affective.

Perception. — On ne peut limiter le domaine de la perception, moment de l'activité mentale où convergent le jeu des sens donnant la sensation et le jeu de l'intelligence fournissant les souvenirs déclanchés par elle.

Se basant sur la clinique, Blondel distingue trois espèces de perceptions dont chacune peut disparaître isolément dans des états morbides.

a) Certains malades (confus, affaiblis séniles) perçoivent parfaitement les caractères génériques des êtres et des objets ; mais ils ne peuvent plus les individualiser. Ils savent reconnaître un médecin, un infirmier, une religieuse, un enfant, un vieillard, un chapeau ; mais ils ne reconnaissent plus si ce médecin est celui qui les soigne chaque jour ou un autre ; si cette religieuse est leur fille ou une étrangère ; si ce chapeau est le leur ou celui du voisin (1).

Ce que ces malades ont perdu, c'est la « *perception singulière* », qui donne à un objet le caractère singulier par lequel il se distingue de tous les autres de même nature. Cette perception singulière peut être dite « *historique* », car il faut que l'objet ait été mêlé au passé du sujet ou ait fait partie de son histoire pour être reconnu. Etant conditionnée en quelque sorte par l'existence sociale du sujet, il est bien clair que son étude ressortit en partie à la psychologie collective.

b) Certains malades perçoivent bien la signification des objets dont ils reconnaissent le nom et l'usage ; mais ils ne perçoivent plus les diverses données sensorielles dont ils

(1) DUPRÉ. — *Revue neurologique*, mai 1903 ; COURBON. — *Psychologie de la vieillesse. Journal de psychologie*, mai 1927.

sont composés. Ils peuvent nommer une orange, une cloche ; dire d'où elles viennent, à quoi elles servent ; mais ils n'en perçoivent pas la forme, la couleur, la consistance, la saveur ou le son. Cela se voit surtout dans le domaine du toucher où le syndrome s'appelle : astéréognosie.

Ce que ces malades ont perdu, c'est la « *perception sensorielle* » de corporalité, cantonnée dans le plan du sensible et de l'intuition spatiale, l'identification primaire de Wernicke.

Cette perception sensorielle ressortit essentiellement à la psychologie spécifique ou psychophysiologie.

c) Certains malades perçoivent parfaitement les données sensorielles des objets ; mais ils ne perçoivent pas leur signification. Ils reconnaissent la forme, la couleur, la saveur, le son, la consistance d'une cloche ou d'une orange ; mais ils ne peuvent les nommer, ni dire à quoi elles servent. C'est le syndrome de l'asymbolie visuelle ou cécité psychique, de l'asymbolie auditive ou surdité psychique.

Ce que ces malades ont perdu, c'est la « *perception générique* », celle qui situe dans le genre auquel ils appartiennent les objets tombant sous nos sens. Elle dépasse le sensible et rattache l'objet correspondant à l'ensemble de l'expérience et le ramène ainsi au connu. Pour spontanée qu'elle soit, elle suppose l'intelligence ; intelligence mise en branle par les données sensorielles. Remarquons qu'un objet quelconque est fait non seulement par ses propriétés sensibles, mais par les activités qu'il est susceptible de produire dans notre pensée. C'est ainsi que nous pouvons par exemple le classer comme utile, inutile ou nuisible.

Cette perception générique ressortit tout à fait à la psychologie collective, puisque c'est la société qui a fabriqué les premiers objets que l'enfant trouve autour de lui, qui a donné leurs noms à tous les objets et choisi les unités de mesure du temps et de l'espace. D'ailleurs l'objectivité des choses a des caractères différents dans les sociétés différentes ; ainsi les primitifs lui reconnaissent les propriétés mystiques que lui déniaient les civilisés pour qui n'est objectif que ce qui est sensible.

Mémoire. — Le chapitre sur la mémoire est un développement, avec des correctifs, des propositions qui résument le travail d'Habwachs analysé ici-même (1), sur les Cadres sociaux de la Mémoire : « Le souvenir est non une repro-

(1) COURBON. — *Annales médico-psychologiques*, février 1926.

duction mais une reconstruction du passé ; cette reconstruction se réalise par des moyens que nous devons à la collectivité. »

Ces moyens sont les systèmes chronologiques (calendriers, découpages du temps en heures, jours et années, jalonnements du temps par des fêtes sociales, etc.) et les schémas empiriques dus aux mœurs (la connaissance des conditions d'existence de certaines professions, des coutumes d'un pays, offre des cadres tout faits pour l'évocation même des souvenirs ; par exemple, la vie d'un médecin comporte des conditions qui ne sont pas celles de la vie d'un paysan).

Les événements de notre passé ne sont évocables et localisables qu'en fonction de leur participation aux événements qui intéressent des groupes collectifs : familiaux, professionnels, amicaux, nationaux : dates de la naissance, du service militaire, du mariage, constamment demandées pour les formalités sociales, etc. Nos souvenirs varient et se transforment, s'accroissent ou s'atténuent suivant les groupes auxquels nous appartenons successivement : la rencontre fortuite d'un ancien camarade rafraîchit les souvenirs correspondants au groupe dont nous faisons partie avec lui.

Blondel distingue justement le souvenir, fait apparaissant spontanément dans la mémoire avec une précision exacte de tous ses détails, et le savoir, fait dont aucun détail ne nous rappelle l'existence passée, mais dont la logique nous assure qu'il a eu forcément lieu. Nous avons tous le souvenir de l'endroit où nous étions et de ce que nous faisons le 2 août 1914, en apprenant la mobilisation, et nous avons le savoir que nous devions être en vacances le 2 août 1905, sans avoir le souvenir du lieu où nous nous trouvions et de ce que nous avons fait ce jour-là. Ces savoirs ont leur point d'appui dans des conventions sociales et grâce à eux nous reconstituons notre passé.

En résumé, ce qui donne de la consistance, de la continuité, de l'objectivité à la mémoire, c'est l'intervention des facteurs sociaux. Sans eux, sans une perpétuelle référence de notre expérience individuelle à l'expérience commune à tous les membres du groupe, l'individu aurait des souvenirs incomplets, incohérents, inutilisables. Et l'on voit que la psychologie collective a sa part, comme la psychologie spécifique et la psychologie différentielle, dans l'étude de la mémoire.

Vie affective. — La vie affective a évidemment ses conditions physiologiques qui sont communes à tous les hommes, parce que tous ont la même organisation anatomo-physiolo-

gique spécifique. La glande lacrymale de tous les hommes sécrète plus ou moins quand ils souffrent intensément. Mais il nous est impossible de saisir pour chaque état affectif particulier les caractères spécifiques qui lui appartiennent exclusivement, car nous n'observons jamais d'affections humaines que dans un milieu social et à l'aide d'une mimique elle-même socialisée.

On peut en effet étendre à toutes les émotions ce que Bergson dit du rire. En général, les émotions ne se développent et surtout ne s'extériorisent pleinement que devant témoins et au sein d'un groupe. Ce groupe, s'il n'est pas toujours constitué par d'autres individus réellement présents, peut l'être par des individus imaginaires que l'homme ému se représente comme spectateurs de sa conduite. Toujours, et cela est tout à fait évident pour les sentiments moraux, sociaux, esthétiques et religieux, nous voulons confirmer par le jugement d'autrui ce que nous ressentons nous-mêmes.

Le rôle du milieu social sur l'expression de nos états affectifs est très net : suivant que l'on est entre intimes, égaux, parents, indifférents ou ennemis, on se laisse aller à sa douleur et à sa joie ou on les réfrène. Et cette action sur l'expression de l'émotion retentit déjà indirectement sur l'émotion elle-même. Mais il y a plus. C'est la société qui a donné leurs noms aux états affectifs et ces noms varient avec les sociétés, parce que toutes ne se représentent pas de la même manière les mêmes sentiments. C'est elle qui les hiérarchise. C'est elle qui édicte les impératifs collectifs réglant la conduite affective.

Des conventions autorisent ou défendent les sentiments dans telle ou telle circonstance : par exemple, la peur est interdite au soldat pendant la guerre. Tout le monde adopte les mêmes changements d'émotion pendant le passage du récit d'un crime à celui d'un exploit.

S'il est vrai que nous ne soyons pas les maîtres de produire directement les manifestations physiologiques des émotions, nous y arrivons indirectement par un mécanisme que l'étude des réflexes conditionnés nous rend très intelligible. Par exemple : la volonté n'a aucune prise immédiate sur les glandes lacrymales, mais en évoquant mentalement les circonstances dans lesquelles on sait avoir pleuré spontanément, on détermine des larmes réelles. En répétant cette évocation, on installe un réflexe conditionné. De la sorte, nos manifestations mimiques qui, à l'origine sont des réflexes absolus échappant à notre emprise, arrivent par les conventions sociales à être des réflexes conditionnés, que nous pouvons déclancher à volonté.

La société fournit aux individus de véritables « techniques émotionnelles » dont ils apprendront à jouer. Si bien que l'on peut dire que c'est le principe du conformisme social et de l'impératif collectif qui commande l'expression des émotions. Celui des habitudes utiles, affirmé par Darwin, est complètement vain, comme l'a montré Georges Dumas. Ces techniques varient avec les sociétés : les deuils, les mariages donnent lieu à des mimiques différentes chez les divers peuples.

La mimique n'est donc pas plus naturelle que le langage articulé. Elle a sa part de convention comme lui. De son organisation physiologique, l'homme tient à sa disposition un ensemble de réflexes ; rires, pleurs, cris, gesticulations que ses affections déclenchent spontanément. Mais la société, par l'éducation, conditionnera des réflexes qui inhiberont, stabiliseront, transposeront cet ensemble et en disposeront conformément aux impératifs collectifs.

En résumé : La vie affective a ses conditions physiologiques ; leur étude est du ressort de la psychophysiologie ou psychologie spécifique. Mais les états affectifs concrets et leurs expressions concrètes se règlent sur tout un ensemble de représentations et d'impératifs collectifs qui varient avec les temps et les lieux, suivant la morphologie des sociétés et leur degré de civilisation, selon les particularités des groupes en lesquels ces sociétés se subdivisent et le raffinement de leur psychologie, de leur morale et de leur politesse ; cette étude est du ressort de la psychologie collective. Chaque individu a néanmoins un coefficient affectif particulier, qui tient à la combinaison ou à l'interférence de ses particularités physiologiques et des particularités de sa vie sociale ; l'étude du spécifique et du collectif dans cet individuel est du ressort de la psychologie différentielle.

Conclusion : La psychologie collective ne doit pas être confondue avec ce que l'on a appelé la psychologie des foules et l'interpsychologie. Celles-ci, qui n'ont pas encore la précision méthodique d'une science, prennent pour base une opposition toute factice entre la société et l'individu, comme si le second était absolument indépendant de la première. En réalité, l'individu concret est toujours tout chargé de contacts avec autrui. Il est lui-même une foule, un condensé des influences qu'à toute heure il subit de son milieu social. Et c'est l'étude de l'individu ainsi considéré que la psychologie collective a pour objet.

Il faut en effet résister au mirage de l'homme universel et renoncer à repenser et à reprendre à notre propre compte,

les états mentaux d'autrui. Il faut les analyser du dehors. C'est ainsi que Lévy-Brühl nous a montré des sociétés où la manière de sentir, de penser et d'agir diffèrent de la nôtre. Il faut continuer son travail. S'il est vrai que tout homme ait l'idée de l'identité et de la causalité, du moins la conception concrète qu'il se fait d'elles varie-t-elle avec les milieux. L'identité et la causalité mystiques du primitif qui croit que la cause de la mort d'un individu trouvé assassiné est le hurlement à la lune de son chien et l'identité et la causalité positives du civilisé qui sait que la cause de l'assassinat est la gravité de la blessure, ne sont pas plus assimilables les unes aux autres, que l'électricité, que le délirant invoque comme cause de ces hallucinations, n'est assimilable à l'électricité du physicien.

Pour arriver à cette connaissance, il faut avoir recours aux disciplines historiques les plus variées ; histoire, sociologie, anthropologie, ethnographie, linguistique. Et même avec elles la recherche restera très difficile parce que les individus appartiennent toujours à des aires collectives multiples dont les influences respectives se contrarient plus ou moins : milieu national, familial, amical, professionnel, religieux, etc...

Progressivement, on arrivera ainsi à dégager des types de plus en plus nets de mentalités collectives, et l'on pourra voir alors s'il existe ou non des caractères communs et des lois communes à toutes ces mentalités collectives. S'il en est ainsi, on verra si ces caractères et ces lois universels se ramènent aux caractères et aux lois physiologiques et spécifiques d'un homme universel. On pourra ainsi déterminer s'il y a ou non continuité entre l'homme physiologique et l'homme social, entre l'individu et la Société.

Ce résumé, dont les phrases sont en grande partie extraites du texte lui-même suffit à indiquer l'intérêt de cet ouvrage aussi fertile en suggestions qu'en précisions.

Comme le dit très bien l'auteur, il est indispensable d'être informé sur l'ensemble des diverses mentalités collectives pour se prononcer sur les rapports de l'individuel et du social dans l'esprit humain. Mais ces exigences de Blondel ne sont pas suffisantes. Elles devraient être complétées par l'observation de la mentalité d'un homme soustrait le plus possible aux influences de la société. Ce n'est qu'ultérieurement qu'on aurait une certitude scientifique.

L'individu isolé de tout semblable est-il incapable d'inventer un langage qui lui permette d'acquérir des idées géné-

rales ? Quelles sont ses représentations ? Comment organise-t-il son expérience ? Dans quelle mesure réalise-t-il ces affirmations des sociologues que, sans la société, les tendances de l'individu ne s'actualisent pas, ses virtualités demeurent inertes et impuissantes ? De quoi, en résumé, se compose un état psychique indépendant de toute cause sociale ?

Chimérique est pour nous l'idée d'une telle expérience qui se heurte à des obstacles matériels et moraux. Mais en sera-t-il toujours ainsi ? Matériellement l'obstacle n'est pas complètement insurmontable ; l'intervention d'autrui dans les conditions d'existence du sujet observé, se bornant à assurer les nécessités d'hygiène et d'alimentation pourrait être assez discrète, invisible et silencieuse pour n'exercer aucune influence psychique. Moralement, il n'est pas sûr que l'obstacle soit toujours maintenu. Les morales sociales ne sont pas immuables ; certaines législations se sont mises à prescrire la castration, conformément aux dogmes prophylactiques de la science contemporaine. Est-il paradoxal de concevoir une société assez passionnément confiante en la logique humaine pour retrancher de l'humanité, du moins momentanément, certains humains, afin de constater sur eux ce que l'homme tient directement de la nature et de le comparer à ce qu'il tient de ses semblables ?

Mais des données plus positives que cette suggestion sortent du travail de Blondel. Les considérations qu'il y propose aux psychologues comme de simples hypothèses de travail peuvent être prises comme telles par les psychiatres. En montrant ce qu'ont d'irréductibles entre elles les consciences d'individus normaux appartenant à des milieux sociaux différents, elles tendent à confirmer l'irréductibilité absolue de la conscience morbide. Elles expliquent la vanité de l'effort d'un homme sain d'esprit pour retrouver ses propres processus mentaux dans la conduite de l'aliéné et par conséquent font le procès de la psychanalyse. Elles signalent l'erreur des théories qui prétendent voir dans les psychoses une régression pure et simple de la mentalité du civilisé à celle du primitif. Elles mettent en évidence l'impossibilité des diagnostics psychiatriques sur les héros de l'histoire sans une connaissance parfaite des civilisations passées. Enfin, en dénonçant les illusions de l'introspection, elles nous invitent à plus observer cliniquement qu'à systématiser théoriquement. On ne peut que gagner à les méditer.

La fonction mentale, phénomène de contre-mentalité ; essai neuro-no-psychologique, par le Dr W. NİCATI (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, août-septembre 1927).

Dans l'esprit de l'auteur, le terme de *contre-mentalité* représente les réactions du *mouvement* surpris dans son départ cosmique, c'est-à-dire la primordiale *mentalité*, qui est un phénomène inanalysable par cela même qu'il est primordial et, de plus, incompréhensible, parce que la nature des choses, en son dernier retranchement, ne peut être qu'inanalysable et incompréhensible.

Le fait primordial, le *mouvement*, doit être précisé réciprociété de relation, relation en marche, soumis à des directives dans le temps et l'espace, et s'organisant en foyers de forces dont la propriété est de réagir inexorablement les uns sur les autres.

Il existe une contre-mentalité immédiate : la conscience ; retardée : la mémoire ; grégaire : la connaissance. L'organisation mentale est universellement tripartite, et le cerveau, comme un ganglion, a la corticalité servant à l'impression, le corps strié comme foyer d'expression motrice, et le thalamus comme leur tenant lieu d'intermédiaire.

Les perfectionnements de la fonction mentale greffés sur l'intellect connecteur y prennent successivement, pour le côté réversion, les noms de sensation, perception et orientation ; et, pour le côté réflexe, ceux d'instinct, de volonté et d'interférence. L'attention, feu allumé embryonnairement dans le neurone récepteur, circule dans l'écorce cérébrale où elle opère les concentrations de la pensée et lui donne ses grandes directions.

L'écorce cérébrale, organe de contre-mentalité, est soumise à l'influence du cervelet, organe de suprême équilibre, qui préside à l'orientation des perceptions, à l'équilibre des sentiments et des volontés et qui, préposé à la porte de la veille et du sommeil, contribue, par une action d'interférence, à freiner l'activité débordante du manteau cortical.

En partant de ces conceptions doctrinales, voici comment l'auteur conçoit les troubles de cette contre-mentalité, c'est-à-dire de l'esprit. Il établit deux grandes démarcations dans les symptômes de la folie, selon que sont intéressés plus directement l'organe de l'élaboration mentale ou celui de son équilibration, cerveau ou cervelet : 1° les folies d'idéation, délires et démences ; 2° les folies d'orientation, confusions mentales, manie et aussi mélancolie et stupeur, qui sont surtout l'expression d'une perturbation cérébelleuse.

Cérébelleuse encore, cette sorte de maladie du caractère qu'est l'hystérie, ainsi que les désordres moteurs de l'épilepsie et de la catalepsie. Les expériences sur le *vermis* semblent autoriser ces vues.

Ainsi s'est édifiée progressivement la fonction mentale, phénomène cosmique, aboutissant extrême du relatif derrière quoi il n'y a plus rien !

J'ai bien mal rendu, sans doute, la pensée de mon ami Nicati ; mais un pareil travail, sorte de synthèse des fonctions du cerveau et quintessence d'une doctrine développée par lui dans plusieurs ouvrages, ne saurait se résumer en quelques lignes. Qu'il me pardonne, si je l'ai trahie en quelque endroit.

A. CULLERRE.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

La coïncidence du syndrome de Wallenberg avec une lésion du noyau dentelé du cervelet, par AMMOSOV et BLINKOV. (*Sovremennaja psychonevrologia*, janvier 1927).

Les auteurs décrivent les lésions du bulbe et du noyau du cervelet du côté opposé, chez un malade atteint du syndrome latéral du bulbe. (Syndrome de Wallenberg).

Ces lésions simultanées ont donné lieu à des dégénérescences des faisceaux olivo-cérébelleux qui permettent aux auteurs les conclusions suivantes :

1° Les olives du bulbe et les noyaux dentelés du cervelet du côté opposé, sont reliés par des fibres directes, ce qui n'exclut pas la connexion entre la corticalité du cervelet et des noyaux dentelés.

2° Ces faisceaux olivo-cérébelleux sont ascendants.

3° Parmi ces fibres se trouvent des fibres qui relient le noyau dentelé et l'olive du même côté.

4° Les parolives dégénèrent parallèlement avec les olives.

Des formes algiques, de la genèse des myoclonies et du rôle de ces formes dans l'étude de la névraxite épidémique, par RAPOPORT (Woronège). (*Sovremennaja psychonevrologia*, janvier 1927).

L'étude de 50 cas de névraxite épidémique, dont 37 ont évolué sous la forme algo-myoclonique, a permis à l'auteur les conclusions suivantes :

Les algies se rencontrent, pour la plupart des cas, dans la région cervico-brachio-thoracique, ce qui correspond aux étages myélo-radiculo-ganglionnaires, atteints par le virus pathogène. Les mêmes régions sont frappées souvent dans leur sensibilité et trophicité.

Ce n'est que dans les cas particuliers qu'on peut rattacher les douleurs à l'origine thalamique.

Les myoclonies, au cours de la forme algo-myoclonique, peuvent être divisées en deux catégories : celles qui se trouvent dans la zone algique et qui sont d'origine médullaire ; et celles qui sont en dehors de cette zone et qui ont un caractère cérébral, extra-pyramidal, bien qu'on puisse soupçonner l'origine médullaire.

Il existe une relation entre les douleurs initiales et la forme sous laquelle va évoluer la névraxite épidémique.

Si les douleurs initiales ont tendance à se localiser, les autres symptômes morbides sont frustes ; mais si elles se généralisent du point de départ cervico-brachial, le processus atteint vite l'encéphale.

L'auteur suppose que le lieu de pénétration du virus pathogène est le rhino-pharynx. De là il remonte par les troncs nerveux dans le système central.

Les symptômes névralgo-névritiques peuvent être considérés comme la fixation du virus le long des voies périphériques.

FAIL.

Un cas de névraxite épidémique évoluant cliniquement comme une tumeur du cervelet, par SMIRNOV (Kieff). (*Sovremennaja psychonevrologia*, janvier 1927).

Observation d'un cas de névraxite épidémique qui durait depuis quatre ans et dont le tableau clinique des 12 derniers mois était celui d'une tumeur du cervelet. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de névraxite épidémique et explique le syndrome cérébelleux par l'atteinte toute spéciale de la substance corticale et des noyaux du cervelet.

FAIL.

Contribution à l'étude du système nerveux végétatif dans les états avancés de la névraxite épidémique, par DERIABIN. (*Journal Médico-Biologique*, Moscou 1926).

Les recherches du réflexe oculo-cardiaque, de la réaction de la pupille à la douleur, et de la suppression du vague par l'injection intra-veineuse de l'atropine, selon la méthode de Danielopolu, ont montré à l'auteur l'hypotonicité du système nerveux végétatif chez les malades atteints. La résistance de ces malades à l'atropine est deux fois plus grande qu'à l'état normal. Après injection de $1/2 \text{ cm}^3$ de la solution d'atropine au $1/1000$ l'auteur a constaté chez eux un ralentissement du pouls. Les petites doses excitent le nerf vague, tandis que, chez les normaux, il n'a pas fallu dépasser un $1/2 \text{ cm}^3$ d'une solution au $1/2000$ pour atteindre le même résultat. Cette grande résistance au poison est inversement proportionnelle au tonus du vague qui est diminué dans la névraxite épidémique. Après l'injection de 2 cg. de pillocarpine l'auteur a constaté une accélération du pouls dans 6 cas sur 7 dans la névraxite épidémique.

FAIL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de Psychiatrie

Séance du 18 Octobre 1928

1° Sur l'hypoglycémie dans les maladies mentales. — MM. TARGOWLA, LAMACHE et MEDAKOWITCH ont constaté dans certains cas d'épilepsie et d'asthénie une hypoglycémie tantôt latente, tantôt accompagnée d'un syndrome clinique et améliorée par le traitement glucosé de l'extrait surrénal.

2° La forme névropathique des psycho-encéphalites. — MM. TARGOWLA et OMBRÉDANNE présentent une malade qui eut, à la suite d'une angine et d'une otite, un syndrome anxieux ; ultérieurement se développa un état psychasthénique associé à des crises névropathiques d'allure hystérique avec tachycardie paroxystique, et de petits signes neurologi-

ques d'atteinte encéphalitique. Un traitement anti-infectieux amena une sédation partielle des troubles.

3° Le métabolisme basal dans la catatonie et l'hébéphrénocatatonie. — MM. H. CLAUDE, H. BARUK et MEDAKOWITCH ont étudié le métabolisme basal dans 16 cas de catatonie, en faisant une série de mesures successives à intervalles réguliers. Le plus souvent on observe, au cours de la catatonie, une tendance à la diminution du M. B. Les auteurs insistent sur les nombreuses causes d'erreur dont il faut tenir compte dans la technique et dans l'interprétation des résultats.

4° Excitation maniaque et spirochétose ictérigène. — MM. H. BARUK, P. MEIGNANT et Mlle BLANCHIS présentent un jeune homme de 20 ans qui, au cours d'une spirochétose ictérigène, a présenté un tableau d'excitation maniaque pure, sans aucun élément confusionnel, qui a persisté durant le début de la convalescence et s'est atténué peu à peu. Les auteurs discutent l'origine de ce syndrome maniaque qu'ils considèrent comme symptomatique et en rapport avec l'infection spirochétosique.

5° Pancréas et activité cérébrale. — M. SANTENOISE expose les diverses recherches qu'il a effectuées sur les rapports de la sécrétion pancréatique et de l'activité corticale. Il a pu étudier cette dernière avec précision chez l'animal en mesurant la chronaxie corticale des zones motrices. Il a constaté des modifications chronaxiques en rapport avec l'activité pancréatique. L'auteur insiste sur l'importance des perturbations endocriniennes et organo-végétatives dans la pathogénie des psychoses.

H. BARUK.

VARIÉTÉS

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers : M. le D^r PAIN, médecin-directeur de l'Asile de la Roche-Gandon ; M. VETEL, chef du service des aliénés à la Préfecture de police.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — Médaille d'or : M. le D^r TRUELLE ; Médaille d'argent : MM. les D^{rs} PERRENS et LATREILLE, médecins-chefs à l'Asile de Château-Picon.

CONCOURS DE MÉDECIN-CHEF DES ASILES DE LA SEINE

Ce concours s'est ouvert à la Préfecture de la Seine le lundi 15 octobre 1928 :

Le jury était ainsi composé :

Président : M. le D^r RAYNIER, inspecteur général ;

Membres : MM. TRUELLE, DUCOSTÉ, GENIL-PERRIN, LALANNE, RICHE.

MM. CHANDET, sous-directeur des Affaires départementales, et HAYE, chef du 1^{er} bureau à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, sont adjoints au jury, avec voix délibérative en ce qui concerne l'appréciation des titres administratifs.

Les résultats ont été les suivants :

	Titres administratifs (Max. 10)	Travaux scientif. (Max. 40)	Epreuve clinique orale (Max. 20)	Epreuve clinique médico-légale (Max. 30)	Total —
Benon	8	30	13	28	79
Demay.....	10	38	18	29	95
Gouriou	8,5	30	15	27,5	81
Lautier	8	30	15	28,5	81,5

Le concours s'est terminé par la nomination de M. DEMAY.

NOMINATIONS ET MUTATIONS

Par arrêté du 27 juillet, M. le D^r SONN MAM a été mis à la disposition de M. le Gouverneur général de l'Indo-Chine pour être affecté à l'Asile d'aliénés de Bien-Hoa.

M. le docteur PORCH'ER est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) en remplacement de M. le D^r CARRIAT (arrêté du 31 juillet).

M. le D^r CARRIAT est nommé médecin-chef de service à l'Asile d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault), en remplacement de M. le D^r PORCH'ER (arrêté du 31 juillet).

M. le D^r GOURIOU, médecin-chef à l'Asile de Blanche-Couronne (Loire-Inférieure), poste supprimé, a été nommé médecin-directeur de l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

La XXXIII^e Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Barcelone*, du 3 au 8 avril 1929.

Présidents : M. le Docteur LALANNE, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Lille, médecin-chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le Docteur Joaquín JIMENO-RIERA, Directeur de l'Asile National d'Aliénés de Saragosse.

Vice-président : M. le Professeur ABADIE, de Bordeaux.

Secrétaire général : M. le Docteur Emilio MIRA, Directeur de l'Institut d'Orientation professionnelle de Barcelone, Médecin du Service psychiatrique municipal.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIII^e session.

PSYCHIATRIE : *Du rôle de l'Hérédo-Syphilis dans l'étiologie des Maladies mentales.* — Rapporteurs : M. le Docteur HAMEL, médecin-chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), et M. le Docteur W. LOPEZ-ALBO, Directeur de l'Asile d'aliénés de Zaldivar (Vizcaya), Médecin neurologue de l'Hôpital civil de Bilbao.

NEUROLOGIE : *Les Troubles sensitifs de la Sclérose en plaques.* — Rapporteurs : M. le Docteur ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des Hôpitaux, et M. le Docteur B. RODRIGUEZ-ARIAS, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Barcelone, Médecin du Service psychiatrique

municipal, Médecin consultant de l'Asile d'aliénés de Nueva-Helen.

MÉDECINE LÉGALE : *Des Conditions de l'Expertise médico-légale psychiatrique criminelle.* — Rapporteurs : M. le Docteur José SANCHIS-BANUS, Médecin neurologue de l'Hôpital provincial de Madrid, Président du « Colegio oficial de Médicos » de Madrid, et M. le Docteur VULLIEN, Médecin des Asiles d'aliénés, chef de laboratoire à la Faculté de Lille.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr Emilio MIRA, *secrétaire général* de la XXXIII^e session, Calle Bruch, 32, Barcelone.

Le prix de la cotisation est de 50 francs pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 1^{er} mars 1929 recevront les rapports dès leur publication.

République française

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Ecole pratique des Hautes Etudes

INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE

L'Institut organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la Psychiatrie.

Les conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, métro Glacière. Téléphone : Gobelins 57-46).

Les inscriptions sont gratuites ; elles seront reçues au Secrétariat de l'Institut (Hôpital Henri-Rousselle), 1, rue Cabanis, le matin, de 10 heures à 12 heures.

Laboratoire de Biopsychiatrie clinique (*Directeur* : M. TOULOUSE).

Novembre. — *Vendredi 16* : M. TOULOUSE. L'orientation de la biopsychiatrie. — *Mardi 20* : M. ROUBINOVICH. Les tendances perverses en psychiatrie infantile. — *Vendredi 23* : M. TARGOWLA. Les applications de la pathologie générale en psychiatrie. — *Mardi 27* : M. HEUYER. Les troubles du caractère dans la psychiatrie infantile scolaire. — *Vendredi 30* : M. TARGOWLA. Applications de la chimie biologique en psychiatrie.

Décembre. — *Mardi 4* : M. MONTASSUT. Le syndrome de

fatigabilité. — *Mardi 11* : M. DUPOUY. Défense de la société contre les anormaux psychiques. — *Mardi 18* : M. MARCHAND. Encéphalites psychiques.

Février. — *Vendredi 1^{er}* : M. SCHIFF. Les applications de la psychologie expérimentale à la clinique psychiatrique. — *Vendredi 8* : M. SCHIFF. Glandes sexuelles et psychoses. — *Vendredi 15* : M. TOULOUSE. Une expérience d'assistance sans internement en prophylaxie mentale.

Laboratoire de Physiologie (*Dircteur* : M. LAUGIER) appliquée à la prophylaxie mentale.

Décembre. — *Vendredi 7* : M. LAUGIER. Fatigabilité : effort physique, indice de réparation du système neuro-musculaire au cours du travail. — *Vendredi 14* : M. FESSARD. L'influx nerveux : notions générales et application à la biométrie humaine. — *Vendredi 21* : M. LAUGIER. L'âge physique.

Laboratoire de Chimie biologique (*Directeur* : M. DELAVILLE) appliquée à la prophylaxie mentale.

Janvier. — *Vendredi 11* : M. DELAVILLE. L'état physico-chimique du sang : équilibre acide-base, concentration en ions H. — *Vendredi 18* : M. DELAVILLE. La réserve alcaline. — *Vendredi 25* : M. TCHERNIAKOVSKY. L'état actuel de la chimie du cerveau.

Laboratoire de Psychologie appliquée (*Directeur* : M. LAHY).

Janvier. — *Mardi 15* : M. LAHY. Une technique non verbale pour la mesure de l'intelligence. Application et résultats sur les enfants anormaux. — *Mardi 22* : M. LAHY. Les éléments biologiques de l'orientation professionnelle. — *Mardi 29* : M. LAHY. Les données scolaires et sociales de l'orientation professionnelle.

Février. — *Mardi 5* : M. LAHY. Tests psychologiques utilisables pour le dépistage des troubles psychopathiques à l'école. — *Mardi 12* : M. LAHY. Appréciation de la fatigabilité par la mesure des temps de réaction et de l'effort musculaire. — *Mardi 19* : Mlle WEINBERG. Etudes expérimentales des tests à l'école.

Le Directeur de l'Institut de Psychiatrie,
D^r TOULOUSE.

Vu et approuvé :

Le Directeur de la 3^e Section
de l'Ecole pratique des Hautes Etudes, membre de l'Institut,
L. MANGIN.

Vu et approuvé :

Le Ministre de l'Instruction Publique,
E. HERRIOT.

Université de Paris

INSTITUT DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE1, rue Cabanis, Paris, 14^e

Conseil d'Administration : MM. V. BALTHAZARD, H. CLAUDE, G. DUMAS, P. JANET, A. LALANDE et E. TOULOUSE ; *Secrétaire* : Mme LEBAS.

L'Institut de psychiatrie et de psychologie appliquée est rattaché à l'Université de Paris (Facultés des Lettres et de Médecine) et fonctionne sous le contrôle de ces deux Facultés. Il est placé sous la direction scientifique de l'Université de Paris, du Collège de France et de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. L'Institut a pour but de coordonner et de développer les études de pathologie mentale, de psychologie normale et pathologique appliquées à la clinique, à la prophylaxie et à l'hygiène mentales.

Section de Psychiatrie générale, M. le Docteur H. CLAUDE, Professeur à la Faculté de Médecine. — Conférences, le mercredi, à 10 h. 30 et le jeudi, à 17 heures, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Leçons polycliniques, le samedi, à 10 heures, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Cours de psychiatrie médico-légale, en mars, à 17 heures, à la Faculté de Médecine (12 leçons). — Conférences par MM. les Docteurs CEILLIER, LÉVY-VALENSI et LHERMITTE.

Section de Psychologie pathologique, M. le Docteur G. DUMAS, Professeur à la Faculté des Lettres. — Cours de psychologie pathologique appliquée à la nosographie des psychoses, le dimanche à 8 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Exercices pratiques : Psychologie clinique et expérimentale, le mardi à 9 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne. — Conférences par MM. les Docteurs BLONDEL, OMBREDANE et WALLON.

Section de Psychologie, M. le Docteur P. JANET, Professeur au Collège de France. — Cours : L'Evolution psychologique de la personnalité, les lundi et jeudi à 13 h. 45, au Collège de France, Salle VIII. — Conférences par M. le Docteur REVAULT D'ALLONNES.

Section de Prophylaxie mentale, M. le Docteur E. TOULOUSE, Directeur de l'Institut de Psychiatrie et de Prophylaxie mentale à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. — Voir ci-dessus le programme du cours.

Les conférences réservées aux étudiants inscrits à l'Institut de Psychiatrie et de Psychologie appliquée seront indiquées ultérieurement.

Un certificat d'assiduité est délivré sur demande. Les docteurs en médecine peuvent obtenir, après examen, un diplôme d'Université.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté des Lettres. Les étudiants devront justifier de leur immatriculation à l'Université.

Droits : Droits d'immatriculation, 60 fr. — Droits de bibliothèque, 40 fr. — 2 Droits d'inscription, semestrielle à 250 fr. — Droits d'examen pour le diplôme, 50 fr. — Certificat d'assiduité, 20 fr.

Les cours commenceront le 14 novembre 1928.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Pour le Doyen : *L'Assesseur, V. BALTHAZARD.*

*Le Doyen de la Faculté des Lettres,
H. DELACROIX.*

Vu et approuvé : *Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.*

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Ecole Théophile-Roussel. — M. SIMON, médecin chef de service à la colonie de l'asile de Vaucluse, est désigné pour faire partie du conseil de surveillance de l'école Théophile-Roussel, à Montesson.

PRÉFECTURE DE POLICE

M. le D^r Raymond MALLET, trésorier de la Société médico-psychologique, est nommé médecin inspecteur des asiles d'aliénés et des maisons de santé du département de la Seine.

SUISSE

Le prof. M. MINKOWSKI a été nommé professeur extraordinaire de Neurologie et directeur de l'Institut d'Anatomie cérébrale à la Faculté de Zurich, en remplacement du professeur C. DE MONAKOW qui a pris sa retraite.

M. MINKOWSKI est le frère de notre collègue de la Société médico-psychologique. Nous leur adressons à tous les deux nos plus vives félicitations.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COURSLANT (personnel intéressé). — 36.935



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*Un voyage d'études dans les asiles
de Hollande ⁽¹⁾
(suite)*

Le mercredi fut consacré à la maison de santé de Santpoort, anciennement appelée asile de Meerenberg « Lac et Montagne », à cause de la belle pièce d'eau qu'il contient et de la dune boisée contre laquelle il s'adosse.

Une résidence princière. — Les fines pelouses de son entrée, le parc somptueux qui le cache, son vivier, sa volière, ses cerfs, l'entretien magnifique de ses avenues et de ses jardins évoquent les résidences princières d'autrefois.

Il faudrait une brochure pour rapporter les notes prises en le visitant, sous la conduite de son

(1) Voir *Ann. méd. psych.*, novembre 1928.

éminent directeur, notre confrère Van der Scheer et de ses collaborateurs. Un pensionnat, un service fermé, un service ouvert. Un lazaret. Des laboratoires en pleine activité. Un four crématoire. Des ateliers de forge, de charpenterie, de peinture, de cordonnerie, de couture, de matelasserie, de céramique, de paillassons, de tissage, de reliure, etc. Des pavillons pour infirmières. Des services généraux admirablement organisés où l'on voit jusqu'à un appareil automatique pour beurrer les tartines des malades. Voilà le monde que contient son invisible enceinte.

Dans les quartiers, sauf à l'infirmerie, rien qui ressemble à l'hôpital. Une pièce très bien comprise de balnéation continue, montre tristement ses baignoires qui, devenues inutiles, bâillent d'ennui en regrettant les tumultueuses immersions d'antan. Tout le monde à l'ouvrage, sauf par-ci par-là un malade qui cuve son somnifère thérapeutique. Partout, même chez les idiots qui, d'ailleurs, se servent admirablement bien de leurs couverts, des nappes et des serviettes pour manger. Les cellules récemment pourvues de baies vitrées et rafistolées, prennent des airs de boudoirs.

Des salles d'agitées on se contentait de soulever le rideau et l'on y découvrait, mais modernisés, quelques-uns de ces tableaux d'intérieurs paisibles et laborieux, comme aimaient les reproduire les peintres hollandais du XVII^e siècle. Des cloisons à claire voie de 1 mètre 50 de haut sur 2 mètres de long, servant de dossier commun à deux banquettes, et placées perpendiculairement aux fenêtres, limitaient des boxes dont chacun avait sa table. Des femmes proprement et correctement vêtues,

dont on ne savait distinguer les surveillantes des surveillées, y cousaient en silence, au milieu de plantes fleuries, et dans l'harmonieuse atmosphère d'un mobilier blanc et de murs bleus, verts, ou rouges, etc.

Dehors, le mouvement normal d'une population qui travaille ou se repose. Des pêcheurs à la ligne parmi les roseaux de l'étang; disputant leur butin aux sarcelles. Des jardiniers, des ouvriers, des paysans se coudoient. Dans une cantine, hommes et femmes s'approvisionnent à leurs goûts, et payent comptant en une monnaie spéciale.

A voir ces merveilleuses choses et à les méditer, le temps coula trop vite. A peine put-on s'en arracher pour aller en auto contempler les Franz Hals, les de Bray, les Cornelissen et les autres peintres du musée de Harlem, que son conservateur M. Gratemala voulut bien nous ouvrir. Mais hélas, il ne fut pas possible de passer devant les belles façades renaissance de son Hôtel de Ville et de sa Vieille Boucherie, ni d'entendre les fameuses orgues de son église.

On déjeuna et on dîna à l'asile. Cette soirée était la dernière à passer chez nos hôtes; il convenait que le discours d'adieu fut prononcé par celui entre les mains duquel le Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, est devenu comme une ambassade de la pensée française. René Charpentier fut donc contraint d'accepter la présidence du gala, qu'étaient venus honorer de leur présence le professeur Bouman d'Amsterdam, dont la magnifique clinique, momentanément en réparation, n'était malheureusement pas visible, le professeur Ariens Kappers, l'aumônier et le pasteur.

Il expliqua qu'aucune visée impérialiste ne se cachait derrière les excursions à l'étranger, dont ce Congrès donnait de plus en plus l'occasion, et que leur unique raison était le respect des excursionnistes pour la science et l'expérience des nations près desquelles ils venaient s'instruire. Au nom des Français, des Belges, des Suisses et des Espagnols présents, il remercia les Hollandais de la générosité affectueuse de leur accueil, et les félicita de leurs magnifiques innovations en psychiatrie. Il ne parla pas de la France, mais les choses qu'il avait dites, et la façon qu'il avait eue de les dire, était l'hommage le plus flatteur qu'eût pu désirer sa patrie.

La fête se termina par une fête de nuit donnée dans le parc par la fanfare de l'asile.

Le jeudi fut la journée de la séparation. De grand matin on prit congé, avec douleur, des hôtes qui avaient si bien su nous rendre heureux. L'autocar roula vers la France, à travers les verdures et les parterres de Blomendal et de Vogelzang « Chant des oiseaux ». Après avoir couru dans d'opulentes prairies, la route se rapproche des moissons qui couvrent les premiers contreforts des dunes. Un grand chêne isolé au haut d'un champ de blé frissonnait avec la majestueuse tristesse de celui de Ruysdaël. Puis deux dômes apparurent sur l'horizon presque vide. Ils se rapprochèrent. On s'arrêta au pied du plus grand.

Une abbaye dans les dunes. — La coupole grise d'une église ; derrière elle, un alignement de bâtiments rouges couverts d'ardoises ou de tuiles ;

derrière cet alignement une lande jaunâtre finissant à quelques centaines de mètres, sous un ciel gris, par une ligne de lumière révélant la mer sous-jacente. Des prêtres en soutane et scapulaire noirs, mêlés à des paysans s'occupant à décharger une gabare sur un canal, ou à fabriquer des dalles funéraires. « Frère, il faut mourir », a-t-on envie de dire en guise de salut à ces travailleurs.

Mais le sourire de leur regard, quand on les approche, la bonhomie de leur monastère, quand on y entre, l'aspect riant des malades qu'ils y soignent, vous répondent : « Oui, cher frère, il faut mourir ; mais le dégoût des saines joies de l'existence, n'est pas la garantie d'une bonne mort. Vivons sagement mais en gaieté. » Des galeries vitrées pleines comme des serres de plantes rares, flanquent le bâtiment central. Des rideaux de tiges ou de racines grimpantes parsemées de fleurs, encadrent les fenêtres. Des jardins alpestres ou tropicaux en miniatures décorent les cours.

Là aussi des ateliers, souvent installés sous les combles, des salles claires, propres, aérées, ornées de reproductions des tableaux célèbres des musées nationaux. Tout paraît neuf dans cet asile : un laboratoire immaculé, une installation hydrothérapique superbe. Tout le matériel nécessaire à la thérapeutique moderne de l'aliénation mentale. Et tout cela astiqué, frotté, orné, disposé avec la netteté un peu anguleuse de la main masculine, sans la caressante souplesse de la fantaisie féminine.

Un des directeurs de l'Ordre des Frères de la Charité de Belgique, à qui appartient cet établissement, le frère Virgile, par qui nous avons déjà eu l'honneur d'être reçus à l'asile d'Anvers, nous

souhaita la bienvenue, et accompagné des médecins les docteur de With, Kerstens et Sengers, conduisit notre visite. Il nous expliqua que cet asile de St-Bavon, situé près de Norwykerhoust, n'hospitalise que des hommes, et que les pavillons en construction autour d'une autre église à coupole, à quelque cent mètres de là, étaient ceux d'un asile de femmes.

On s'attabla pour d'ultimes agapes où la nourriture excellente, fut arrosée des meilleurs vins et des plus vieilles liqueurs. Les dames reçurent en outre de somptueuses gerbes. Notre groupe fut photographié. Et quelques jours après notre retour au logis, un exemplaire de la photographie très bien réussie, vint s'ajouter aux documents de notre magnifique excursion.

L'auto gagna des terres plus riantes, où s'étendaient des prés, se dressaient des châteaux, se déroulaient des routes ombragées, se coulaient des canaux. On enfila une vaste avenue entre des futaies séculaires, serpenta dans des faubourgs poudreux et débarqua à la gare où notre guide incomparable, notre cher confrère Van der Scheer et ses aides nous dirent non pas adieu, mais au revoir. Quelques-uns des voyageurs partirent aussitôt pour Anvers. D'autres dont j'étais attendirent le train du soir.

La capitale de la paix. — L'après-midi était trop écornée pour permettre autre chose que de revoir les plus beaux coins de la ville. Ses rues pavoisées en l'honneur de l'anniversaire de la reine-mère étaient noires de monde. Aux terrasses des cafés pleines de consommateurs, des chanteurs improvisés n'ayant ni beauté, ni pittoresque, ni voix chan-

taient sans entrain des airs sans mélodie, et faisaient ensuite sans enthousiasme, une quête vraisemblablement sans succès.

Le bassin d'émeraude du Vyver enchâssé entre les murailles rouges du Binnenhof aux multiples pignons, et les vertes frondaisons d'un mail centenaire est le cœur même de cette élégante cité. Ses eaux ont réfléchi les scènes les plus émouvantes de son histoire. Le sang de Barneveld décapité parce qu'il voulait la paix, celui des frères de Witt écharpés par la populace parce qu'ils ne voulaient pas la guerre, ont jailli contre ses parois. Et les taches indélébiles prédestinèrent la ville à recevoir le premier tribunal d'arbitrage entre les nations.

Le Musée qui est sur ses bords, expose en des salles heureusement réduites, des chefs-d'œuvre de tous les maîtres hollandais. Après sa fermeture, le temps restait pour aller prendre congé de la mer du Nord à Scheveningue. Vitreuse elle festonnait le sable jaune d'une écume laiteuse, tandis que sur la digue un corso fleuri dévidait la frange multicolore de ses chars et de ses costumes. Des coiffes blanches surmontaient en cimiers de blondes chevelures ; des bonnets relevaient des visières de dentelles au-dessus de bleus regards ; des antennes et des frontails d'or scintillaient en cliquetant aux tempes féminines. Le bon peuple néerlandais manifestait tranquillement sa participation à la joie de ses souverains.



Ainsi se termina notre merveilleuse aventure. Depuis lors, semblables au Hollandais volant du Vaisseau-Fantôme, nous ne pouvons nous empê-

cher de la conter à tout venant. Aux gens de science, nous démontrons qu'Erasme ne se moquait pas en écrivant « l'Eloge de la Folie », puisque dans sa patrie elle n'a pas le cortège d'horreurs qui la rend hideuse ailleurs. Aux gens du peuple nous expliquons pourquoi c'est en vain que la Belle de la Chanson offre « Versailles, Paris et St-Denis, les tours de Notre-Dame, le clocher de son pays, pour ravoïr son mari qui est dans la Hollande, que les Zollandaïs ont pris » ; l'oublieux époux, n'est pas prisonnier du tout ; mais étant entré dans un asile dont le charme l'attirait, il s'y trouve si parfaitement bien, que pour rien au monde il ne veut en sortir. Aux gens du monde nous disons : quand vous passerez par les Pays-Bas, ne manquez pas de visiter les maisons d'aliénés, reconnaissables à la vivacité et à l'harmonie de leurs couleurs ; vous y verrez les soi-disant fous reproduire en tableaux vivants les scènes de sagesse laborieuse et paisible que vous aurez contemplées sur les toiles des musées. Et aux psychiatres nous ajoutons, écoutez encore la leçon d'assistance que nous avons rapportée du voyage.

II. LA LEÇON D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

On n'eût aucunement le temps de faire de la clinique ; on n'examina aucun malade. On ne s'occupa que d'assistance. L'étude médicale des psychopathes sera pour une autre fois ; car j'espère bien un jour ou l'autre pouvoir accepter l'aimable invitation du docteur Van der Scheer à revenir jouir de son instructive et délicieuse hospitalité.

Etablissements et législation. — Il y a en Hollande, a) des asiles religieux : 9 protestants dont celui de Berg-op-Zoom, 11 catholiques dont celui de Nordwykerhoust et 1 israélite ; b) des asiles neutres : 6 autonomes, 4 communaux dont celui de Portugaal, 3 provinciaux dont ceux de Santpoort et de Bakkum ; c) des asiles d'état pour aliénés criminels, l'un à Grave, l'autre à Eindhoven ; d) 1 colonie à Beilerood ; e) 3 cliniques psychiatriques à Amsterdam, Groningue, Utrecht.

Cela fait une quarantaine d'établissements pour 20.000 malades sur une population de 7.000.000 d'habitants.

La plupart de ces asiles ont à côté de la section fermée une section ouverte.

Les admissions dans les sections ouvertes et dans les cliniques se font sans formalité légale. Dans les sections fermées, il faut une procuration du juge de paix prise sur le certificat d'un médecin non attaché à l'établissement. Elle n'est valable que quinze jours, au bout desquels le médecin de l'établissement déclare, s'il y a lieu, de la prolonger. Dans l'affirmative, sa validité est prolongée pour un an.

L'admission des aliénés criminels se fait par jugement dans les asiles de Grave et de Eindhoven.

Des inspections régulières sont faites par un officier de justice et par deux médecins inspecteurs du Ministère de l'intérieur.

Un projet de loi exige que chaque asile ait une superficie minima de 8 mètres carré pour 1 malade, et qu'il y ait 1 médecin pour 125 malades.

Voici quelques documents sur les asiles que l'on a visités. Vrederust bâti en 1908, a 4 médecins

dont un directeur pour 700 malades, 7 pavillons, 3.000 hectares, un prix de journée de 2 florins 17. St-Bavon bâti en 1913, a 3 médecins pour 680 malades, et 67 infirmiers dont 20 frères de la Charité. Le prix de la journée est en francs belges de 25 fr., alors qu'à l'asile de Mortsell en Belgique, qui appartient à la même communauté, le prix est de 12 francs seulement. Maasoordt a 7 médecins pour 900 malades. Le prix annuel est de 990 florins par malade dont 48 0/0 est dépensé pour le personnel (4,3 pour les médecins, 26,9 pour les infirmiers, 16,8 pour les services généraux). Dunenbosch a 6 médecins dont 1 directeur pour 865 malades, 7 pavillons, 220 infirmiers. La pension est de 800 à 1.250 florins. Santpoort bâti en 1849, agrandi en 1884 a 1.400 malades, 7 médecins dont un directeur, 4 assistants et au total comme personnel 520 personnes. Le prix de revient par indigent est de 1.100 florins par an. Les frais d'exploitation sont de 1.917.014 florins, dont 1.021.614 florins pour les salaires.

Assistance psychiatrique interne. — J'entends par là l'organisation de l'asile à l'intérieur duquel est traité le malade.

Qu'il s'agisse de vieux bâtiments à couloirs comme ceux de Santpoort, ou de pavillons isolés comme dans les autres établissements que nous avons visités, tout est disposé de façon à donner l'apparence de l'habitation d'une collectivité de gens normaux, travailleurs et soucieux d'un cadre confortable et élégant...

Des fenêtres, des balcons, comme si le suicide n'était pas à craindre, des rideaux, des bibelots, des plantes, des fleurs comme s'il n'y avait aucun risque de violences.

L'asile a perdu presque complètement son caractère hospitalier pour revêtir celui d'une agglomération d'ateliers, dont le personnel aux exigences raffinées serait logé sur place. Magnan et son alitement, Kræpelin et sa balnéation continue ne reconnaîtraient plus leur domaine.

Sur 1.420 malades, de l'asile de M. Van der Scheer, 1.273 travaillent. Sur les 147 oisifs, il y en a 112 que leur âge ou leur mauvais état physique rend invalides sans pourtant les immobiliser tous au lit ; et 35 seulement que leurs troubles mentaux aigus ou chroniques, condamnent à l'oisiveté sans nécessiter non plus qu'il soient tous alités (1).

Aussi les salles d'alitement sont-elles très réduites. Elles sont destinées aux organiques et à quelques agités soumis à une cure de somnifène. Certains lits à forme de tombereaux capitonnés dont une paroi s'abat sont encore en usage à Dunenbosch et à Vrederust.

Les malades vivent et se meuvent dans une atmosphère coquette, et avec les mêmes usages qu'en liberté. Comme les particuliers dans le coffre-fort d'une banque, ils ont dans une armoire dont le surveillant a les clefs, chacun un coffret que lui seul peut ouvrir. Comme ceux des habitants de ce pays où règne la hantise de la syncope et de l'ictus par effort évacuateur, leurs water-closets sauvegardent leur pudeur, sans interdire l'accès jusqu'à eux : le crochet ne peut entrer dans l'anneau du piton que si la porte est entrebaillée. Du dehors avec une lame passée dans l'entrebaillement on peut toujours ouvrir, aussi bien à l'hôtel qu'à

(1) Voir les communications de Van der Scheer au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes d'Anvers 1928 et de Lausanne 1926*.

l'asile. Dans une cantine commune, ils payent en monnaie spéciale. Ils se promènent dans les jardins, pêchent à la ligne, sortent, rentrent aux heures de repos. Pas de murailles. A peine un léger grillage sans hauteur. Malgré cette liberté, les suicides et évasions sont très rares (1 suicide dans le lac de Meerenberg depuis sa fondation en 1849). Ils sont plus fréquents en France. Mais l'importance de les prévenir, est-elle si grande qu'il faille instaurer la captivité comme régime universel à l'asile ?

Les heures de travail sont de 9 h. à 12 h., et de 14 à 17 heures. De fréquents repas les entrecourent : à 8 h., pain beurré, à 10 h., thé ou café avec tartine, à 12 h., dîner de viande, légumes; dessert, à 16 h., thé, café, tartines, à 18 h., pain.

Les parloirs à Santpoort ont lieu tous les jours, à n'importe quelle heure, dans le corridor du quartier.

Un tel résultat est obtenu par une méthode que l'on peut appeler ergothérapie. Elle consiste à rééduquer les automatismes du malade, à créer chez lui des réflexes conditionnels producteurs de gestes utiles. L'organisateur de la méthode en Hollande, est notre éminent confrère Van der Scheer, qui avec sa modestie habituelle, décline l'honneur de l'avoir inventée. Il la vit appliquer à l'asile de Gutersloch, par le docteur Simon, et à Constance, par le docteur Thum. En tous cas, en la combinant avec la discipline du silence, l'isolement fractionné et la narcose, il a obtenu des résultats qui nous ont textuellement émerveillés. Les malades ne doivent pas parler pendant le travail, et cela est relativement facile pour des gens dont

le héros national fut surnommé « le Taciturne ». Dès que l'un d'eux s'agite, on le met en chambre d'isolement pendant une demi-heure. Puis on le reconduit dans la salle de travail, où souvent il se remet à la besogne. S'il y a récédive, on prolonge l'isolement. Si c'est insuffisant, on a recours au somnifène, selon les règles décrites ailleurs (1). Dépisteur des plus rudimentaires compétences, notre confrère utilise les stéréotypies motrices des déments les plus déchus, pour brôyer des pierres ou pour cirer le parquet.

Fils d'une race qui pendant des millénaires fit des jardins avec de la boue, et qui depuis des siècles orne de peintures les musées, les psychiatres hollandais possèdent l'art de décorer l'extérieur et l'intérieur de leurs asiles. Ils savent que la décoration d'un local, comporte à la fois l'élément physique, qui agit sur les sens par les formes et les couleurs, et l'élément psychique, qui évoquera dans l'imagination des idées et des sentiments. Rarement, dans leurs salles, on peut discuter la violence ou l'association des teintes ou des dessins. Jamais on ne relève le péché contre l'esprit. D'ailleurs, le plus souvent, ils se bornent à marier les couleurs sans rien y figurer.

Il faut avoir le goût fort affiné et l'intelligence très cultivée, pour ne pas tomber dans le grotesque quand on prétend faire de la psychothérapie en rassemblant des figures, même si elles sont artistiques. Car la signification qu'elles expriment, varie avec la nature des objets qui les entourent. La statue d'une femme nue folâtrant avec l'Amour, mise sur le socle d'un musée, est un précieux

(1) VAN DER SCHEER. — *Locis citatis*.

document de l'âme et de la facture d'un artiste ; installée sur la pelouse d'un parc, c'est la poétique représentation d'une nymphe bocagère ; juchée dans l'obscurité d'un corridor où se glissent des messieurs, c'est l'enseigne d'un mauvais lieu. L'insolite n'est pas l'esthétique. Fourrer des marbres et des bronzes où l'on n'a pas l'habitude d'en mettre ; coller sur les murs des paysages ou des scènes sans rapport avec la destination de la pièce, c'est faire du bric-à-brac, de la chinoiserie pseudo-artistique, et c'est provoquer l'ahurissement ou la verve de ceux qui les regardent.

Assistance psychiatrique externe. — J'entends par là, les mesures de prophylaxie mentale et de reclassement social du psychopathe convalescent. Le plus bel exemple est celui du service externe de l'asile Maasoordt, tel que nous en a expliqué le fonctionnement, son directeur le docteur Pameyer.

Le service externe, installé depuis deux ans à Rotterdam, est confié à un médecin de l'asile qui demeure dans la ville. Il est secondé de deux infirmières logées dans un local spécial, et possède une auto à sa disposition. Une fois par semaine, il va à l'asile s'entretenir avec ses collègues, et examiner les convalescents, ce qui lui permettra de leur trouver une place par l'intermédiaire de la Société de protection aux malades nerveux et mentaux dont il fait partie. Chaque jour il a une consultation, et il va lui-même et envoie ses infirmières à domicile, surveiller et conseiller les familles ou les patrons des convalescents.

En 1926, passèrent par ce service 303 sortants de l'asile, et en 1927, 581. En 1926, le médecin donna 506 consultations, et en 1927, 1.177. En

1926, le médecin fit 735 visites à domicile, et en 1927, 1.216. En 1926, les infirmières firent 1.633 visites, et en 1927, 3.015.

La Société Rotterdamoise de protection des malades nerveux et mentaux, fondée en 1926, donne des secours et des emplois. Elle reçoit les cotisations de ses membres, plus une subvention de la commune et de la province. Elle dépensa en 1927, 10.000 florins, non compris les salaires du personnel.

Les infirmiers. — Dans les asiles neutres et protestants, le personnel est laïc, et dans les quartiers d'hommes sont employées des infirmières. Dans les asiles catholiques, le personnel est religieux, avec des garçons et des filles de service pour les besognes subalternes.

La profession n'est pas simplement un métier lucratif, c'est encore une vocation. A l'appât du gain s'ajoute l'enthousiasme de participer à une œuvre sociale. D'ailleurs si le zèle manque au candidat, il est immédiatement renvoyé par le médecin directeur, dont l'autorité est souveraine. Aussi le recrutement se fait-il dans des milieux sociaux beaucoup plus cultivés qu'en France. Une instruction médicale théorique et pratique, enseignée avec méthode depuis 25 ans, et sanctionnée par un diplôme d'Etat, est donnée pendant trois années consécutives. C'est qu'ethniquement, ce peuple est apte à s'instruire. « A la fin du xvr^e siècle, dit Taine, presque tous les Hollandais, même les paysans, savent lire et écrire ; la plupart ont même des principes de grammaire. »

La durée du travail est de 8 heures par jour dans la province du Nord. Ailleurs elle est de

9 heures ou 12 heures. Un projet de loi en fixe le maximum à 60 heures par semaine.

A Berg-op-Zoom, les salaires varient de 700 à 1.000 florins, avec 15 jours de vacances par an et 3 sorties par mois. A Santpoort, les élèves gagnent de 400 à 650 florins, nourries et logées. Les infirmières diplômées gagnent de 1.700 à 2.200 florins logées et nourries.

Les logements ont un confort et une décoration déjà signalés. Chaque infirmière a sa chambre. Les jeunes cependant, à Santpoort, sont quatre par dortoir.

Il est inutile d'insister sur la patience, l'adresse, le tact, le dévouement inépuisable, l'entente qui sont nécessaires pour l'œuvre commune.

Les médecins. — La loi prévoit un médecin pour 125 malades. Le directeur est toujours médecin dans les asiles neutres et protestants. Dans les établissements catholiques, le directeur est un religieux ou une religieuse.

On entre dans la carrière sans concours, et après avoir obtenu le diplôme de docteur, en commençant par faire deux ans comme médecin-assistant dans un asile dont le directeur vous agréé. Les assistants ne sont pas logés et gagnent de 2.000 à 3.000 florins.

On est agréé également comme médecin titulaire par le directeur de l'asile. Et l'on commence par gagner 5.000 pour atteindre 8.000 florins. Les médecins sont logés dans de belles villas avec jardin en face de l'asile.

Le directeur gagne de 8.000 à 11.000 florins. Dans la province du Nord, la retraite obligatoire à 60 ans est de 5.000 florins. Elle est ailleurs obligatoire à 65 ans et n'est que de 4.000 florins.

Les médecins ne font aucune clientèle. Leur présence à l'asile est presque continuelle. Ils y sont de 9 h. à 12 h. A 12 h. 15, il y a conférence entre eux et le directeur jusqu'à 12 h. 30. De 14 h. à 17 h., ils retournent dans leur service. Et à 21 heures encore, y font une dernière tournée. L'absence d'internes les oblige à assurer la garde chacun dans sa section. Ils ne s'absentent qu'avec l'autorisation du directeur et en chargeant un collègue de les remplacer. Ils sont libres un dimanche sur deux, et ont 23 jours de vacances par an.

Les malades. — A Santpoort, sur 1.420 malades, 1.273 travaillaient. Et sur les 147 inoccupés, 112 l'étaient pour invalidité physique (vieillesse ou maladie) ; il n'y en avait que 35 qui le fussent pour troubles mentaux. Il n'y a donc que 2,50 0/0 aliénés que leur état mental condamne à l'oisiveté. Mais les psychopathes ainsi traités sont des indigènes. Et il importe de souligner les caractéristiques du tempérament ethnique, à cause de l'importance énorme du coefficient physiologique d'un individu sur la forme de ses réactions aux maladies.

Cette variation ethnique de la forme des psychoses, on la constate avec netteté à l'intérieur même d'un pays relativement peu étendu comme la France, lorsqu'on a été médecin dans des asiles de provinces éloignées. J'ai déjà signalé le contraste entre l'agitation disciplinée et paisible de l'Alsacien, et la tranquillité indocile du Parisien (1). Gilbert Ballet disait humoristiquement que tous les aliénés du Nord avaient un aspect de déments à cause de la lenteur de leurs réactions.

(1) COURBON. — La pratique psychiatrique en Alsace. *Annales Médico-Psychologiques*, 1922.

Taine dans sa *Philosophie de l'Art*, insiste sur le flegmatisme des peuples anglo-germaniques dont les sensations sont plus ternes, qui agissent plus lentement, comme si leur sang avait plus d'eau que les peuples latins. L'individu y a aisément conscience et y prend facilement l'habitude d'obéir à une consigne donnée. Parlant plus particulièrement du Hollandais, il le déclare positif, réaliste, peu imaginaire, peu causeur, sans exubérance, lent et même lourd, mais tenace et patient, n'éprouvant guère de sensations violentes et ne les recherchant pas.

Quant à la différence du Belge et du Hollandais aliénés, elle nous a été révélée d'une façon très nette par la réflexion d'un homme éminent, admirablement bien placé pour observer : le frère Virgile, supérieur de la Communauté des Frères de la Charité, qui possède à la fois l'asile de Mortsell, à Anvers, et l'asile de St-Bavon, à Nordwykerhous. En nous montrant l'intégrité des parties même les plus fragiles du décor de ce bel établissement, il ajouta tout spontanément, et non en réponse à une question tendancieuse : « Jamais nous ne pourrions obtenir cela à Mortsell, car ces turbulents Flamands nous cassent tout. »

La pondération et la discipline foncières de la mentalité hollandaise, expliquent en grande partie la perfection des résultats obtenus par les nouvelles méthodes d'assistance psychiatrique ; mais elles ne diminuent en rien le mérite des médecins qui les ont trouvées et qui les appliquent. En effet, il fut un temps, qui n'est pas loin, où dans les Pays-Bas comme ailleurs, l'asile d'aliénés avait l'aspect rébarbatif d'une geôle où croupissaient des malheu-

reux. Maintenant, grâce à des hommes de science et de conscience, comme Van der Scheere et ses confrères, il est devenu le riant séjour d'une population laborieuse, gaie et utile. Nous ne saurions avoir trop d'admiration pour leur œuvre, ni trop nous efforcer de les imiter. Leur réforme de l'assistance aux aliénés, comme le leur disait René Charpentier, est à la chute des chaînes ce que l'utilisation scientifique de la force des marées est au ruissellement sonore de l'eau qui cascade sur la roue du moulin !



En résumé : l'assistance psychiatrique conçue comme une adaptation du psychopathe à la vie sociale ; la transformation de l'asile-garderie en un chantier où la division du travail n'est qu'un ajustement d'automatismes survivants, à des tâches appropriées ; la mutation de l'aliéné rejeté de la société parce que différent d'elle, en un producteur recherché comme ses autres membres ; la métamorphose de l'enceinte de sa déportation en une coquette demeure, voilà ce que nous avons vu dans les asiles de Hollande.

Cela a été acquis par le concours des éléments suivants : de la part des médecins, une conscience professionnelle admirable, qui leur fait passer toute la journée dans leur service et leur interdit toute autre besogne lucrative ; de la part du personnel infirmier, un dévouement éclairé pour son devoir et une obéissance respectueuse envers les médecins ; de la part des administrations et du public, une confiance entière aux médecins, auxquels est accordé l'argent et sont laissées les initiatives néces-

saïres. Notons qu'au cours actuel, un florin vaut dix francs.

Les pays qui prétendent atteindre les mêmes résultats doivent préalablement adopter les mêmes mœurs, si elles n'y existent déjà. Là où il n'y a pas d'argent, là surtout où le médecin est l'objet de méfiance et de pressions étrangères, où l'on admet que sous prétexte de défense d'intérêts corporatifs, il soit impunément injurié par ses subordonnés dans des journaux, on doit renoncer à cette espérance.

Une fois l'égalité de mœurs installée, il faudra encore compter avec le tempérament même des aliénés à traiter. Et l'on peut prédire, à coup sûr, que dans la plus grande partie des asiles de France on n'arrivera jamais à une aussi parfaite réalisation qu'en Hollande.

Mais il y a beaucoup à obtenir ; et l'on doit se mettre à l'ouvrage en se rappelant l'admirable devise du fondateur de l'indépendance hollandaise, Guillaume le Taciturne : « Je n'ai pas besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. »

III. CONCLUSION

L'instruction acquise en s'amusant, au cours d'un aussi rapide voyage, permet de prévoir tout le bénéfice qu'un psychiatre français retirerait d'un plus long séjour dans cette Hollande, où le psychologue Descartes se retira pour composer son œuvre. Les aliénistes se trouvant dans les conditions requises pour appliquer chez eux, avec des chances de succès, ce système, devraient aller

l'étudier sur place. Notre confrère Van der Scheer s'est déclaré prêt à les recevoir eux, et leurs surveillants et surveillantes.

Un tel exemple serait à généraliser. Assurément, tous les peuples n'ont pas autant de choses à enseigner en matière psychiatrique que les Hollandais. Mais chaque nation, a intérêt à regarder de près l'activité sociale et scientifique des autres. On commence à comprendre que la fréquentation internationale des individus, est la garantie du progrès de l'humanité. Les universitaires ont déjà organisé des échanges de professeurs entre les universités des deux mondes. Semblable mesure pourrait être très aisément prise par les psychiatres, sans augmenter les budgets départementaux. L'asile en effet peut offrir à extrêmement bon compte dans son pensionnat ou ailleurs le gîte et le couvert au médecin étranger pendant les quelques mois qu'il y passerait. Son encadrement par les confrères autochtones suppléerait à sa méconnaissance de la langue.

Cette pratique, avantageuse avant tout pour les malades mentaux, le serait également pour les gens normaux, car toute occasion pour les individus de se connaître, est un gage de paix entre les peuples.

Paul COURBON.

L'UROMÉTINE DANS LE DÉLIRE AIGU

Par Henri DAMAYE

Cette note a pour but de signaler les bons effets de l'urométine intra-veineuse dans le délire aigu. Nous utilisons, depuis une douzaine d'années, les hautes doses (20 cc. intra-veineux ou 40 cc. intra-musculaires) d'électrargol, en même temps que l'abcès de fixation. Ce traitement nous donne toujours la guérison chaque fois que le malade ne nous est pas amené en état d'épuisement avancé.

L'urométine intra-veineuse (1 gr. 25 par jour, ampoule de 5 cc.) que, cette année, nous avons essayée dans quelques cas de délire aigu, nous paraît très recommandable. Elle jugule l'infection et amène la sédation des symptômes physiques, consécutivement celle des symptômes mentaux, sans les phénomènes de choc souvent produits par l'électrargol.

Notre expérimentation n'est pas encore étendue : elle n'a porté que sur trois malades. Mais les résultats nous ont paru des plus nets, des plus précieux à enregistrer. Chez deux de nos malades, nous avons employé avec succès l'électrargol. Une nouvelle poussée infectieuse étant survenue, l'urométine intra-veineuse, répétée plusieurs jours, fit tomber la température, disparaître l'état infectieux et les deux malades guérirent avec rapidité physiquement et mentalement.

Nous résumons ici l'observation d'une troisième malade, chez qui l'urométine seule fut employée.

Mme G..., 62 ans, sans profession, entre à l'asile le 5 août 1928. — Père mort d'« insolation » ; mère morte, à 82 ans, de vieillesse. Deux frères bien portants. Une sœur morte d'une « maladie de nerfs »,

une autre de diabète. — La malade a eu une fille morte-née, et deux jumeaux dont un seul a vécu. Elle eut, en sa jeunesse, une fièvre typhoïde et un érysipèle. S'est surmenée pendant la guerre. — Il y a trois semaines, grande émotion en voyant un agent de police venir interroger son fils, chirurgien-dentiste, pour une accusation d'exercice illégal de la médecine. Depuis lors, idées de persécution et interprétations délirantes. S' imagine qu'on vient la voler, perquisitionner chez elle. Se lamente, fait de l'anxiété, dit que toute la famille va mourir. Essaie successivement de se trancher la gorge et de se pendre. Ne s'alimente plus. Insomnie. Céphalée occipitale. — Arrive à l'asile en état d'agitation anxieuse. Gémît. Se frappe la tête contre les murailles. Refuse de s'alimenter. Pousse des soupirs. Très absorbée par son délire. Insuffisance aortique bien compensée. Réflexes tendineux un peu forts. Arc sénile de l'iris. — Ne répond à aucune question.

On dut l'alimenter à la sonde (lait sucré, œufs) et la faire dormir avec du sonéryl. — Le 11 août, la température monte à 38°7. On fait alors un abcès de fixation, car la langue est sèche, le faciès infectieux. Les jours suivants, 39° et jusqu'à 40°2. Alors, on fait de l'urométine intra-veineuse. Doses toniques de digitale quotidiennement, sérum glyco-ioduré, alimentation lait sucré, œufs. On continue chaque jour l'urométine. De 40°2, la température tombe à 39°9, puis 38°9, 38°6, le 19 août. La malade est gâteuse. Une escarre sacrée s'était rapidement formée ; on la panse au vin aromatique et à l'insuline ; en quelques jours, elle se cicatrise. — Le 24 août, la température est à 38° et la malade mange spontanément. La langue est redevenue humide. L'état infectieux s'atténue beaucoup. L'anxiété et le délire se calment. Dès lors, amélioration progressive. Le 27 août, la température est à 37°6. On a cessé l'urométine. La malade mange bien. — Elle a guéri en septembre. — Ce fut un délire aigu à forme mélancolie anxieuse, sans confusion mentale bien nette.

Ce cas nous a paru assez probant, surtout chez une cardiaque de soixante-deux ans.

Ainsi donc, en nous basant sur les trois cas observés, l'urométine nous semble un médicament tout à fait recommandable et d'une efficacité réelle dans le délire aigu. On peut, par conséquent, traiter de même les confusions mentales fébriles et les autres psychoses aiguës toxi-infectieuses. L'abcès de fixation ne doit pas être pour cela abandonné : il est également des plus utiles. Bien entendu, on doit alimenter le malade (lait sucré, œufs), soutenir le myocarde avec de petites doses toniques de digitale et faire du sérum artificiel ioduré-glycosé.

Il est vraisemblable aussi que l'urométine peut être employée avec succès dans le *Delirium tremens* fébrile, lequel, nous l'avons montré, n'est qu'un délire aigu chez les alcooliques invétérés mal nourris, à l'occasion de grands excès éthyliques.

DÉLIRE ET RESPONSABILITÉ PÉNALE

Par le Dr J. LAUTIER

(Asile d'Alençon)

J'ai eu, au cours d'une expertise récente, à me poser et à résoudre une question sur laquelle la littérature psychiatrique ne m'a apporté presque aucune donnée. C'était la question suivante : « Un malade atteint d'un délire évident, mais sans affaiblissement intellectuel, peut-il être reconnu responsable de son acte lorsqu'il a commis un délit complètement indépendant des idées délirantes, un délit à motifs normaux, lorsque ses troupes mentaux ne nécessitent pas son internement ? »

J'ai résolu cette question par l'affirmative dans l'expertise qui m'était confiée. Il s'agissait d'une femme atteinte de délire d'interprétation ; elle avait commis un vol banal sans relation aucune avec ses idées délirantes. D'autre part, comme on le verra plus loin, son délire permettait la vie en liberté, hors d'un asile.

Comme je l'ai dit, les auteurs n'envisagent pas en général les cas semblables (probablement assez rares) dans leurs écrits sur la médecine légale psychiatrique. Le seul ouvrage où j'aie trouvé quelques lignes s'y rapportant est le livre récent de M. Genil-Perrin sur *les Paranoïaques*.

Voici les deux passages où il en parle :

« Il faut aussi distinguer entre les actes délictueux

et criminels commandés à proprement parler par les tendances paranoïaques et ceux que commettent des sujets évidemment paranoïaques, mais en même temps pervers ; dans ce cas, ils sont à porter au compte de la perversité et ne rentrent pas dans notre sujet. » (P. 397).

« L'expert devra d'ailleurs, lorsqu'il examinera un paranoïaque, distinguer entre ses différents modes de criminalité. Le même sujet peut commettre un acte franchement conditionné par ses tendances paranoïaques, comme le persécuté qui se venge, comme l'hypocondriaque qui tue son médecin, ou au contraire se rendre coupable d'un délit ou d'un crime étrangers à ces tendances, et relevant d'autres dispositions de son caractère, de l'amoralité, de la perversité par exemple.

« Il y a là une discrimination nécessaire à réaliser, car la conclusion relative à la responsabilité pourra être différente. » (P. 472).

Mais l'auteur ne nous dit pas si la responsabilité peut être admise lorsqu'il y a, non seulement des tendances paranoïaques, mais un véritable délire d'interprétation.

Voici des extraits de mon rapport :

Au moment où j'ai été commis pour l'examiner, la femme C... n'était pas une inconnue pour moi. Elle avait séjourné dans mon service de novembre 1922 à mars 1923. Envoyée en observation à l'hospice de Laigle, elle s'en était évadée, et le médecin de l'hospice avait signé son certificat de placement. Mon certificat immédiat était ainsi conçu :

« Paraît atteinte de délire chronique de persécution, à base d'interprétations, sans aucun phénomène hallucinatoire apparent. Est ensorcelée par deux voisines, desquelles son mari est complice. On la tourmente de toutes sortes de façons, son mari la trompe, on a payé des hommes pour lui ôter la vie etc., etc... Ces troubles mentaux évoluent depuis huit ans au

moins. Aucun antécédent personnel ou héréditaire à signaler. Ne paraît pas alcoolique. A observer. »

Je n'ai pas eu à modifier ce diagnostic, et j'ai peu de détails à ajouter pour compléter les termes de mon certificat. Mme C. était alors âgée de 49 ans. C'était une femme intelligente et relativement instruite pour le milieu paysan dont elle provenait. Elle vivait séparée de son mari, mais dans le même pays que lui. Elle avait construit un système délirant interprétatif, sans aucune hallucination. Ses persécuteurs étaient son mari et deux voisines, principalement l'une d'elles, la femme F... Celle-ci peut l'ensorceler, grâce à des « mauvais livres » (1) : elle peut lui donner la diarrhée, faire mourir ses bêtes, lui donner envie d'uriner, faire éteindre sa lumière, faire dire des sottises à ses enfants, diriger ses rêves etc., etc... Somme toute, elle interprétait comme venant de la femme F. tous les petits incidents désagréables se passant en elle ou autour d'elle. Quant à son mari, allié à cette femme, il la trompait et menaçait sa vie.

Sous l'influence de son délire, elle ne cessait de faire des misères à la femme F., l'injuriant, brisant les clôtures de sa demeure et même la frappant. Cette femme qui était âgée de soixante-dix ans, m'a écrit qu'elle vivait dans une véritable terreur et était forcée de se barricader chez elle. La femme C. aurait, de plus à cette époque, porté plusieurs fois plainte contre ses prétendus persécuteurs auprès du maire et des gendarmes.

A l'Asile, elle a continué de délirer, mais son délire est devenu moins actif. Cependant, elle disposait toujours son oreiller entre la fenêtre et sa tête, craignant que son mari tirât sur elle des coups de fusil de l'extérieur. Comme elle n'avait pas d'affaiblissement intellectuel, c'était une bonne travailleuse.

(1) Remarquons que, si la croyance à la sorcellerie peut être un signe de débilité mentale dans certains milieux, il n'en est pas de même partout, cette croyance étant à peu près générale chez les paysans dans certains départements.

Au bout de quatre mois de traitement, une de ses filles demanda sa sortie, s'engageant à l'emmener dans le département de Seine-et-Marne. Comme les interprètes ont en général une rémission et cessent d'être dangereux lorsqu'on les sépare de leurs prétendus persécuteurs, je ne m'opposai pas à cette sortie. En fait, la malade ne se livra à aucun acte dangereux pendant son séjour en Seine-et-Marne.

Elle revint dans l'Orne, il y a environ 3 ans. Depuis ce temps, son délire d'interprétation, *quoique non guéri*, n'est pas redevenu actif. Elle a continué à vivre séparée de son mari, dans le même village que lui, et a peu à peu oublié ses griefs à son égard. D'autre part, elle a appris à son retour que sa persécutrice, la femme F., était morte. Elle n'a pas cru à cette mort ; elle croit que son ennemie est cachée et qu'elle continue à agir sur elle. Lorsqu'elle ressent des engourdissements, des fourmis dans les mains, des coliques, des maux de tête, c'est toujours la femme F. qui produit toutes ces petites misères.

Ce délire, toujours existant, mais singulièrement atténué et dirigé exclusivement contre une personne décédée, ne la rend pas dangereuse à l'heure actuelle et lui permet de vivre comme tout le monde. En fait, elle a toujours gagné sa vie, tantôt placée dans des familles, tantôt ouvrière d'usine. Jusqu'au vol faisant l'objet de l'expertise, elle n'a attiré sur elle l'attention de la justice que par un vol de poules pour lequel elle a été condamnée à huit jours de prison avec sursis, sans qu'un examen mental ait été fait.

Elle est très intéressée, pour ne pas dire avare. Sur son maigre salaire, elle a économisé 2.450 francs qu'elle portait sur elle le jour où elle a commis le vol qui lui est reproché. Elle n'achetait pour se nourrir, en dehors de pain et d'un peu de cidre, que trois harengs-saurs par semaine, remplacés parfois par un ou deux francs de boudin. Sa tenue misérable avait attiré l'attention du contremaître de l'usine où elle travaillait.

On remarque aussi chez elle une indulgence toute spéciale pour les actes délictueux qu'elle a commis, s'opposant à la sévérité avec laquelle elle juge les actes des autres personnes. Cette différence d'appréciation existe un peu chez tous les humains, mais n'est pas marquée comme chez les paranoïaques.

L'acte pour lequel elle était poursuivie, lorsque j'ai eu à l'examiner, était le vol d'une valise, exécuté dans la gare d'Alençon. En l'interrogeant, je me suis rendu compte que ce vol était motivé par des raisons normales et non par des raisons pathologiques. Croyant la valise oubliée, elle a pensé qu'elle pouvait s'en emparer et qu'il valait autant que ce soit elle qui en profite qu'une autre personne. Elle ne s'est sentie contrainte par aucune autre volonté que la sienné, elle s'est rendu compte de ce qu'elle faisait. Sa persécutrice, la femme F. n'est intervenue en rien dans la genèse de son acte. D'autre part, elle a une intelligence suffisante pour comprendre la valeur morale de son action ; ni débilité mentale congénitale, ni affaiblissement démentiel ne l'empêchaient de concevoir la malhonnêteté qu'elle commettait.

Aussi, mon avis a été qu'il s'agissait d'un vol *normal*, à *motifs normaux*, quoique commis par une femme atteinte de troubles mentaux indéniables. Et, malgré la rareté d'une semblable conclusion, j'ai admis que cette psychopathe était responsable de son acte, et ne pouvait être dite en état de démence au moment où elle l'a commis.

J'ai reconnu que cette responsabilité était légèrement atténuée. L'avarice de la femme C..., la façon dont elle autorise chez elle des malhonnêtetés qu'elle jugerait sévèrement chez les autres, sont des éléments du tempérament paranoïaque sur lequel est éclos le délire d'interprétation, ce qui l'excuse dans une certaine mesure. Mais, si ce délire n'avait pas existé, la prédisposition originelle de la malade à l'interprétation fausse n'eût pas été admise comme une excuse valable du vol. Donc, elle devait rendre compte de son acte à la justice.

D'autre part, il était inutile de l'interner ; son délire atténué et dirigé exclusivement contre une personne morte ne la rendait pas dangereuse quand je l'ai examinée. Elle devait être laissée en liberté et répondre devant la justice de nouveaux délits indépendants de ses idées délirantes, si elle en commettait.

La femme C. a été condamnée à un mois de prison par le Tribunal correctionnel d'Alençon.



De tels cas doivent être assez rares. Ils ne peuvent guère se produire que dans les délires d'interprétation. Les délires hallucinatoires, même lorsqu'ils ne s'accompagnent d'aucun déficit mental, nécessitent en général l'internement que l'expertise judiciaire sera une occasion favorable de provoquer.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1928

Présidence de M. LEROY, Président

MM. Baruk, Blondel, Bonhomme, Cénac, Collet, Demay, Targowla, Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Blondel qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. LEROY, *président*. — Messieurs, M. Fiancette, conseiller municipal et député de Paris, a perdu son fils unique, âgé de 18 ans, des suites d'un affreux accident de motocyclette. M. Fiancette n'est pas médecin, mais nous avons toujours trouvé auprès de lui le meilleur appui, en qualité de président de la Commission des finances du département de la Seine. Je vous propose de vouloir bien adresser au père, si durement éprouvé, les condoléances les plus attristées de la *Société médico-psychologique*. (*Assentiment*.)

Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie suivie d'un traitement spécifique mixte à hautes doses (14 observations).

Par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et Maurice PRIEUR

Depuis plusieurs années, suivant en cela les travaux contemporains, nous avons traité les paralytiques généraux, soit par la médication spécifique (sulfarsénol), soit par la malariathérapie simple, soit par la malariathérapie suivie d'un unique traitement anti-syphilitique suivant le médicament en vogue à l'époque (mercure, stovarsol, tryparsamide, quinby, etc...). Les résultats obtenus ont été variables, quelquefois heureux, souvent nuls, en tout cas non décisifs.

Ayant installé à St-Anne un service spécialement organisé et outillé pour le traitement de la maladie de Bayle, nous avons obtenu des résultats de nature si encourageante que nous croyons utile de les soumettre à la Société Médico-psychologique. Notre manière de soigner la P. G. consiste dans la malariathérapie suivie d'un traitement spécifique mixte. Nous usons de tous les médicaments anti-syphilitiques à doses massives.

Les paralytiques généraux de notre service sont de grands malades, que les réactions anti-sociales ou la déchéance physique ont amené à l'asile. Beaucoup viennent d'autres services hospitaliers où on a vainement essayé de les améliorer. Plusieurs étaient gâteux avec escarres. En tous cas, tous étaient très avancés dans l'évolution de leur affection et pouvaient être considérés comme perdus.

Nous avons pris en traitement 40 malades ; sur ce nombre nous ne retiendrons que 14 cas, les autres étant soignés depuis trop peu de temps. Pour ces 14 P. G. notre statistique donne : 4 malades sortis en bon état de santé et capables de rentrer dans la vie sociale, 4 malades dont la sortie est prochaine, 3 malades nette-

ment améliorés, 2 malades peu améliorés et 1 malade décédé (1).

Cette étude démontre qu'en quelques mois il est possible d'observer une régression considérable des symptômes physiques, même Argyll-Robertson, une amélioration des troubles psychiques et une atténuation ou une disparition des réactions humérales.

OBSERVATION I. — P. Marcel (n° 213.123), 34 ans, entré le 25 novembre 1927, venant de l'hôpital Henri Rousselle : *Paralysie générale, affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, dysmnésie, diminution croissante de la capacité professionnelle. Inactivité, indifférence de l'avenir. Perte de l'auto-critique, Irritabilité. Dépression avec idées actives de suicide. Ictus épileptiforme il y a 4 mois. Inégalité pupillaire $G > D$, paresse irienne, tremblement de la langue et des mains. Dysarthrie, secousses musculaires péri-buccales (Dupouy).*

Aucun renseignement sur la syphilis. Arrive dans le service avec un léger affaiblissement intellectuel, amnésie, troubles de l'attention, fatigabilité rapide, céphalée, vient de traverser une période de tristesse avec idées de suicide. D'après sa famille, s'est toujours montré peu intelligent.

IMPALUDATION le 15 juin 1928 ; 10 accès jusqu'au 15 juillet.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 21 août 1928. *Cyanure de mercure* : 3 injections intra-veineuses du 21 au 25 août, dose totale 0,06. *Quinby* : 2 injections intra-musculaires du 22 au 25 août. *Iodure de potassium* : 100 grammes du 1^{er} septembre au 1^{er} octobre. *Bi-iodure de mercure* : 0,90 pendant le mois de septembre. *Liquide céphalo-rachidien* : Du 25 novembre 1927 au 15 juin 1928, les lymphocytes sont passés de 14 à 9, l'albumine de 1,10 à 0,40, la formule du benjoin très positive s'est très améliorée, devenant négative à partir de la 2^e zone.

Ce malade est sorti amélioré le 25 août 1928 et a continué à se soigner à domicile par ingestion d'*iodure de potassium et de bi-iodure de mercure*. Les symptômes physiques se sont légèrement atténués ; persistance de la céphalée

(1) Nous ne publions ici que 10 observations sur les 14 présentées à la séance de la Société. Les 4 dernières ont été supprimées en raison de la nécessité de réduire le texte.

par intervalle. Au point de vue psychique, la mémoire est actuellement bonne, le caractère meilleur. Travaille comme comptable et donne entière satisfaction.

OBSERVATION II. — B. Henri (n° 216.400), âgé de 49 ans, entré à Ste-Anne le 25 septembre 1928, venant de la Pitié, avec le certificat : *Délire de persécution, agitation le rendant dangereux pour lui-même et les autres, réclame sa sortie, menace les infirmières et l'interne qu'il veut étrangler, parle de se suicider. Ponction lombaire du 28 mai 1928 : Hecht +++ ; Wass. +++ ; Calmette +++.* Flocculation 14. Sang : Hecht ++ ; Wass. +++.

Ce malade a eu la syphilis en 1898, à 19 ans. Il a été traité en 1898, 1905 et 1909 par du sirop de Gibert et des pilules de proto-iodure. Sa femme a été contaminée par lui autrefois et présente actuellement le B.-W. légèrement positif dans le sang. Paludisme en Tunisie à 22 ans. Toujours sobre.

Nous constatons : léger affaiblissement intellectuel avec dépression psychique, se considère comme une loque en danger de mort ; conservation des sentiments affectifs ; pas de dysarthrie appréciable, pas de tremblement des mains.

Inégalité et inertie pupillaire, myosis ; fond d'œil sain. Vision normale.

dépression psychique, se considère comme une loque, en

IMPALUDATION à la Pitié le 25 sept. 1928 ; 12 accès jusqu'au 7 nov.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 16 novembre. *Sulfarsénol* : 3 injections intra-veineuses de 0,30, 0,36, 0,42 en une semaine. *Iodure de potassium et bi-iodure de mercure* en ingestion.

Ce malade a quitté le service le 8 novembre 1928, avant la fin du traitement, pour éviter son transfert en province. Il était déjà tellement amélioré que sa sortie était possible. B. Henri, qui avait manifesté à la Pitié des idées de suicide, et n'avait pas été conservé à l'hôpital en raison de sa violence, se montrait lucide, calme, bienveillant, plutôt un peu euphorique, se rendant parfaitement compte de sa situation. Il est venu raisonnablement chaque semaine, comme malade externe, pour continuer son traitement.

OBSERVATION III. — Bre. Joseph (n° 216.092), 36 ans, est envoyé à Ste-Anne, venant de la Pitié, le 20 août 1928, avec le certificat : *Déchéance globale des facultés mentales. Désorientation, gâtisme, Dysarthrie très prononcée. W + dans*

sang et L. C.-R. *Lymphocytose 19 et hyperalbuminose 0,68. Calmette et B.-W. + (Largeau).*

Tombé malade depuis 4 mois, se plaignant de lassitude, de fatigue, de maux de tête. Sa femme a été contaminée par lui et présente actuellement B.W. et Calmette fortement positifs dans le sang.

Examen à l'entrée : agitation extrême ; perte de l'attention et du jugement, impossibilité de faire le moindre calcul, perte de la mémoire, ne cite que 8 mois dans l'année, délire absurde mégalo-maniaque, veut s'acheter une Rolls-Royce, tremblement de la langue, dysarthrie, gâtisme, abolition de réflexes tendineux aux membres inférieurs. Réflexe photo-moteur aboli, inégalité pupillaire ; fond d'œil sain ; vision normale. *Liquide céphalo-rachidien* : lympho. 8,1 ; albumine, 0,56 ; benjoin, 00222.22220.00000. B.-W. +. Sang : B.-W. +.

IMPALUDATION le 26 juillet 1928 à la Pitié ; 8 accès. Aucune amélioration.

Le malade est impaludé par nous pour la 2^e fois le 20 septembre 1928. 7 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 12 septembre, avant la fin des accès. *Cyanure de mercure* : du 12 septembre au 14 novembre, 14 injections intra-veineuses ; dose totale 0,30. *Iodure de potassium* : à dose croissante, du 19 octobre au 17 novembre ; dose totale 163 grammes. *Quinby* : commencé le 15 octobre, une injection hebdomadaire jusqu'au 4 novembre, 4 injections. *Sulfarsénol* : 8 injections sous-cutanées à doses croissantes, du 22 octobre au 23 novembre ; dose totale 23,4.

Ce malade entré gâteux dans le service (matières et urine), très surexcité, chantant toute la journée en se disant artiste lyrique, est sorti le 16 novembre 1928, après un séjour de 3 mois. Son état mental se trouve complètement transformé, lucidité parfaite, jugement bon, calcul exact après hésitation, aucune idée de grandeur. Dysarthrie difficile à apprécier actuellement, à cause d'un abcès dentaire. Joseph travaille à la maison, aide sa femme dans son commerce de blanchisseuse, en attendant d'avoir une place de magasinier.

OBSERVATION IV. — Rœd. Edouard (n° 215.035), 36 ans, entré à Ste-Anne le 14 mai 1928, venant de l'infirmerie spéciale : *Alcoolisme chronique, confusion, obtusion, optisme, va hériter, acheter une petite maison, cauchemars, vagues idées de persécution, les voisins ont monté une cabale*

contre lui. *Collectionnisme, ramasse des bouts de cigarettes, des morceaux de bois, excès alcooliques avoués, tremblement digital et lingual* (Heuyer).

L'impression première, en voyant le malade, est celle d'un P. G. plutôt que d'un alcoolique, en raison de son euphorie niaise et puérile, de sa vantardise (tout Paris le connaît, il est l'as des as). Les réactions humérales pratiquées ont confirmé rapidement ce diagnostic. Inconscience totale de son état, pas d'amnésie.

Pas de dysarthrie, secousses en trombone de la langue. Myalgie aux jambes, réflexes tendineux exagérés. Pas d'inégalité pupillaire; pupilles déformées et réflexe photo-moteur extrêmement faible; fond d'œil sain; vision normale.

IMPALUDATION le 27 mai 1928, 11 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 2 juillet 1928. *Sulfarsénol*: Injections intra-veineuses bi-hebdomadaires à dose croissante jusqu'à 0,84, puis hebdomadaires à la dose de 0,96, du 2 juillet au 15 septembre; dose totale, 10 gr. 44. *Cyanure de mercure*: 12 injections intra-veineuses à 0,02, une tous les 2 jours, du 30 juillet au 22 août; dose totale, 0,23. *Iodure de potassium*: à dose croissante, du 13 août au 8 octobre; dose totale 239 grammes.

Bi-iodure de mercure: 0,05 par jour, par ingestion, du 23 août au 28 septembre; dose totale 1 gr. 80. *Quinby*: 11 injections intra-veineuses, une 3 fois par semaine, du 23 août au 16 septembre. *Stovarsol*: 23 injections intra-veineuses de 1,50, une, trois fois par semaine, du 20 septembre au 21 novembre; dose totale 34 gr. 50. *Salicylate de mercure*: 3 injections intra-musculaires de 1 cm³, du 12 au 24 novembre.

Liquide	24 mai 1928	3 sept. 1928	25 nov. 1928
céphalo-rachidien	—	—	—
Lymphocytes.....	7,4	3,7	4
Albumine.....	0,40	0,31	0,31
Globu- { Pandy.....	positif	négatif	négatif
lines { Weichbrodt.	positif	négatif	négatif
Benjoin.....	22221.11000.00000 T.	00110.02210.00000 T.	12200.00000.00000 T.
Elixir parégorique..	positif	négatif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	partiellement +
Meinicke.....	positif	positif	positif
Sang			
Bordet-Wassermann	positif	négatif	positif
Meinicke.....	positif		

Ce résultat a un intérêt capital puisqu'il nous montre qu'en 3 mois de traitement, les réactions du L. C.-R. et du sang, si positives au début, sont presque redevenues normales, sauf le B.-W du L. C.-R.

Pendant l'impaludation et avant tout médicament, le malade présente une amélioration notable de son état mental, ne parle plus de sa fortune, mais il continue à collectionner toutes les ordures. Durant son traitement spécifique, le collectionnisme s'atténue peu à peu pour disparaître complètement. Actuellement, le sujet a conscience de sa maladie, reconnaît les bêtises dites par lui ; se félicite de son amélioration. Il reste autoritaire, un peu vaniteux, ce qu'il a peut-être toujours été.

Au point de vue oculaire, le réflexe photo-moteur est toujours faible, mais plus marqué qu'avant son traitement.

Rœd. Edouard est sorti en bon état de santé, le 17 décembre 1928.

OBSERVATION V. — Pel. Alfred (n° 214.560), 54 ans, entré le 29 mars 1928, venant de l'hôpital Henri Rousselle : *Paralysie générale, affaiblissement intellectuel, perte de l'auto-critique, idées de satisfaction et de grandeur démentielles, projets ambitieux absurdes, possède des millions, il est le premier en tout, agitation bruyante, chants, danses, pleurs, colères, déclamations incohérentes, désordre des actes, fugues à répétition, inégalité et déformation pupillaire, D > G, paresse irienne, dysarthrie, tremblement de la langue* (Dupouy).

Syphilis contractée en 1912, non soignée. Alfred a contaminé sa femme qui a été traitée en 1913 et présente encore un B.-W. + dans le sang, bien qu'elle n'ait jamais cessé la médication.

Le malade nous arrive inconscient, agité, incohérent, avec tous les symptômes classiques de la P. G.

IMPALUDATION le 15 juin 1928 ; 10 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 20 août. *Cyanure de mercure* : 12 injections intra-veineuses, du 20 août au 20 septembre, chacune à 0,02, 3 fois par semaine ; dose totale 0,24. *Quinby* : 1^{re} série : 12 injections, 3 fois par semaine, du 21 août au 16 septembre ; 2^e série : 12 injections, du 18 octobre au 11 novembre. *Sulfarsénol* : 12 injections sous-cutanées à dose croissante, du 25 août au 16 octobre ; dose totale 3 gr. 84. *Iodure de potassium* : 268 gr., du 5 septembre au 22 octobre. *Bi-iodure de mercure* : 1,25 du 5 septembre au 1^{er} octobre ; dose totale 1,25.

Stovarsol : 9 injections de 1 gr. 50 chacune, 3 fois par semaine; dose totale 12 gr. 50. *Salicylate de mercure* : 6 injections intra-musculaires de 1 cm³ chaque, une 3 fois par semaine, du 10 au 25 novembre. L'examen ophtalmologique, pratiqué le 17/10/28, montre les réflexes photo-moteurs faibles et au fond d'œil des papilles optiques un peu pâles, la vision et le champ visuel restant normaux. Le traitement à l'arsenic est arrêté et le 7 novembre il ne s'est produit aucune modification oculaire.

Liquide	27 fév. 1928	29 mars 1928	25 nov. 1928
céphalo-rachidien	—	—	—
Lymphocytes.....	15	14	3,7
Albumine.....	0,70	0,50	0,31
Globu- { Pandey.....	positif	positif	négatif
lines { Weichbrodt.	positif	positif	négatif
Benjoin.....	22222.22222.22000 T.	12221.22222.00000 T.	12220.00000.00000 T.
Elixir parégorique..	positif	positif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	partiellement +
Meinicke.....	positif	positif	partiellement +

Sang

Bordet Wassermann	positif	positif	positif
Meinicke.....	positif	positif	positif

Une telle amélioration des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien a été obtenue au bout de 5 mois d'un traitement énergique.

Au point de vue psychique, nous notons que le délire absurde a été réduit après l'impaludation, en même temps que disparaissaient l'agitation et l'incohérence. La famille, qui protestait au début contre le traitement, a été la première à espérer et à manifester sa satisfaction. Aujourd'hui le malade est un homme complètement transformé, travailleur, consciencieux et docile. Sortira très prochainement.

OBSERVATION VI. — Coud. Jean, 48 ans, entré le 19 mai 1928, venant de l'hôpital Henri Rousselle.: *Paralysie générale, dysmnésie accusée, satisfaction, projets ambitieux, va faire construire et devenir riche, désordre des actes, dépenses exagérées, turbulence, appoint éthylique, Argyll, Dysarthrie et dysgraphie. Tremblement.* (Dupouy).

Syphilis contractée en 1918. Transféré dans le service, il se montre turbulent et menaçant. Tremblement des mains, écriture illisible. Bien orienté dans le temps, moins bien dans l'espace. Conscience incomplète de son état, idées de

grandeur. Réflexes tendineux normaux. Inertie pupillaire, inégalité $D > G$, déformation de la pupille gauche.

IMPALUDATION le 11 juin 1928 ; 14 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 12 juillet 1928. *Sulfarsénol* 7 injections intra-veineuses bi-hebdomadaires, du 12 juillet au 12 août, 0,48, 0,60, 0,84, 0,96 ; dose totale : 4 gr. 92. Après la dernière injection, crise nitritoïde traitée par l'adrénaline et suppression du sulfarsénol. *Cyanure de mercure* : 12 injections intra-veineuses à 0,02 cm³, tous les 2 jours, du 30 juillet au 21 août ; dose totale : 0,21. *Quinby* : 11 injections intra-musculaires, une 3 fois par semaine, du 21 août au 16 septembre. *Stovarsol* : injections intra-veineuses de 0,15, 3 fois par semaine du 25 août au 3 octobre ; dose totale : 20 gr. 50. Le soir de la dernière injection, le 3 octobre, vers les 6 heures du soir le malade commence à voir trouble et à être obligé de marcher à tâtons ; à 9 heures du soir céphalée, insomnie, face congestionnée. Un examen oculaire pratiqué antérieurement le 19 septembre avait montré inertie et inégalité pupillaire, papille du nerf optique un peu pâle, champ visuel normal et veines normales pour chaque œil.

Nouvel examen du 5 octobre : Pupilles déformées, inégales, en mydriase. Abolition complète des réflexes pupillaires. Pâleur plus marquée des papilles des nerfs optiques. Les mouvements de convergence des yeux sont réduits d'amplitude. Le champ visuel est diminué concentriquement avec dyschromatopsie. Enfin l'acuité visuelle n'est que de $2/10$ à l'œil gauche et presque nulle à l'œil droit. Le 17 octobre les pupilles sont en mydriase maxima et l'acuité visuelle est nulle pour chaque œil. Le malade ne voit même pas la lumière, ni d'un œil ni de l'autre. Les papilles optiques sont blanches avec calibre des artères très réduit.

Autre examen le 7 novembre, après arrêt du traitement arsénical et injections de strychnine à la tèmpe : La vision remonte. L'acuité visuelle $OD = 1/4$, $OG = 1/2$. Le champ visuel est réduit concentriquement. Perte complète des mouvements de convergence. Les papilles optiques demeurent très pâles. Le calibre des artères, bien que rétréci, semble plus grand que lors de l'examen précédent.

Autre examen du 22 novembre : Pas de changement notable. L'acuité visuelle se maintient : $OD = 1/4$, $OG = 1/2$. Champ visuel rétréci concentriquement 30° . Léger strabisme convergent de l'œil droit.

Iodure de potassium, à doses croissantes journalières du 9 septembre au 8 octobre ; dose totale : 157 gr. *Bi-iodure de mercure* 0,05 par jour par la bouche du 9 septembre au 1^{er} octobre ; dose totale : 1 gr. 15.

Liquide	19 mai 1928	11 juin 1928	27 août 1928
céphalo-rachidien	—	—	—
Lymphocytes.....	9	8,8	3.1
Albumine.....	0,70	0,56	0,20
Globu- { Pandey.....	positif	positif	
lines { Weichbrodt.....	positif	positif	
Benjoin.....	22222.22222. 0000 T.	22221.11100.00000 T.	02210.00100.00'00T.
Elixir parégorique..	positif	positif	
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Meinicke.....	positif	positif	positif
Sang			
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Meinicke.....	positif	positif	positif

25 septembre 1928 25 novembre 1928

Lymphocytes.....	4	2,8
Albumine.....	0,30	0,22
Globu- { Pandey.....	négatif	négatif
lines { Weichbrodt...	négatif	négatif
Benjoin.....	02210.00110.00000 T.	01200.00000.00000 T.
Elixir parégorique...	négatif	négatif
Bordet Wassermann..	négatif	négatif
Meinicke.....	négatif	négatif
Sang		
Bordet-Wassermann..	négatif	négatif
Meinicke.....	négatif	négatif

Constatation très importante : *Les réactions biologiques, atténuées déjà au bout de 2 mois 1/2 de traitement, sont devenues complètement négatives au bout de 3 mois 1/2.*

Dès le mois d'août, l'état mental du sujet s'est amélioré progressivement. Cet homme agité, turbulent, avec idées absurdes de grandeur en mai, est devenu calme, docile, raisonnable. Il se montre actuellement tout à fait lucide, non délirant, demande à sortir pour reprendre ses occupations antérieures. L'idée de l'internement le préoccupe et l'attriste.

OBSERVATION VII. — Sm. Nicolas (n° 216.076), 32 ans, étudiant en médecine, entré le 21 août 1928, venant de l'hôpital Henri Rousselle : *Méningo-encéphalite diffuse d'origine*

spécifique, démençe, mémoire très déficiente, auto-critique nulle. Idées délirantes de richesse et de grandeur, a été victime d'une attaque nocturne provoquée par ses vantardises pathologiques: Dysarthrie, dysgraphie, réflexes tendineux vifs. Pupilles réagissant bien à la lumière, facies acromégallique, crâne petit, pointure des chaussures 46, cyphose, taille 1 m. 95. (Schiff).

Syphilis contractée en 1920 à l'âge de 24 ans, aurait reçu 20 injections intra-veineuses. Arrive dans le service avec un mauvais état général, escarre fessière. Tableau clinique complet de la P. G. avec idées absurdes de grandeur, excitation considérable, déchire ses vêtements. Réactions pupillaires normales, mydriase, fond d'œil sain.

IMPALUDATION le 25 août 1928 ; 10 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 25 octobre. *Quinby* : 5 injections intra-musculaires pratiquées chacune une fois par semaine du 15 octobre au 17 novembre. *Sulfarsénol* : 10 injections sous-cutanées à doses progressivement croissantes du 14 octobre au 23 novembre ; dose totale : 3 gr. 25. *Cyanure de mercure* : 14 injections intra-veineuses à 0,02 tous les 3 jours du 16 octobre au 21 novembre ; dose totale : 0,28. *Iodure de potassium* : du 23 octobre au 22 novembre ; dose totale : 165 gr. *Bi-iodure de mercure* : du 23 octobre au 1^{er} novembre, à doses progressivement croissantes ; dose totale : 0 gr. 45.

Liquide	19 juillet 1928	25 novembre 1928
céphalo-rachidien	—	—
Lymphocytes.....	80	8,2
Albumine.....	1,60	0,71
Globules (Pandy.....)	positif	positif
Traces (Weichbrodt...)	positif	positif
Benjoin.....	22222.22222.21000 T.	22222.01100.00000 T.
Elixir parégorique....	positif	positif
Bordet-Wassermann...	positif	positif
Meinicke.....	positif	positif
Sang		
Bordet-Wassermann...	positif	positif
Meinicke.....	positif	positif

Sm. Nicolas nous est apparu à l'entrée comme un P. G. définitivement condamné, cette opinion était partagée par tous les confrères. Nous vous le présentons aujourd'hui propre, lucide, conscient, sans délire. Il travaille à l'atelier de serrurerie pour apprendre le métier. Son poids est passé de 63 à 73 kg.

OBSERVATION VIII. — Imb. Charles (n° 213.296), 31 ans, entré à Ste-Anne le 10 décembre 1927, venant de l'infirmerie spéciale : *Excitation psychique vraisemblablement prodromique de P. G. Aisance (se rit de la maladie de sa femme). Omissions et négligences dans son travail, absences, chantonnements, soliloquie, tramways impayés, fugue en bras de chemise après une dispute. Somnolence. Argyll-Robertson à gauche, inversion des réflexes lumineux. Analgésie tibiale, hyperreflectivité, se dit syphilitique (de Clérambault).*

Syphilis contractée en 1918. Le début de l'affection remonte à 1926, caractérisée par un gros affaiblissement de l'intelligence. Ayant dû prendre un congé pour maladie, en raison de ses nombreuses fautes professionnelles, ne pouvait plus calculer, manquait le train, gaspillait son argent, avait traversé à pied la voie du métro. Marié, deux enfants, le plus jeune âgé de 3 ans a un B. W. + dans le sang.

Notre examen confirme le diagnostic de P. G., démence globale, perte de l'auto-critique. Idées absurdes de grandeur (la Ville de Paris lui doit 10 milliards, il veut prolonger le métro jusqu'à Moscou). Fatigabilité de l'attention. Idées érotiques grivoises. Irritabilité, insociabilité.

Pendant 3 mois, idées délirantes de persécution avec troubles cénesthésiques et psycho-sensoriels. Il ressent des secousses électriques dans les bras et dans les jambes, ce sont des espèces de déroulements, des bracelets qui roulent autour de ses bras. Ces sensations se produisent surtout la nuit et Charles demande des disques de caoutchouc sous les pieds de son lit pour éviter l'électrocution. Des voix lui parlent. Ictus épileptiformes, tremblement commençant par les épaules, se prolongeant aux jambes, chute sur les genoux, absence d'une seconde, puis revient à lui. Crises fréquentes : 2 dans la nuit du 25 au 26 janvier 1928, une dans la nuit du 9 au 10 février, une dans la journée du 20 février, une dans la journée du 7 mars.

Le 21 août 1928 : pupilles irrégulières, très inégales $G > D$, réaction pupillaire à l'accommodation et à la convergence existe. Réflexes consensuels très faibles. Réflexes photo-moteurs abolis. Vision normale, légère décoloration des papilles optiques. Tremblement de la langue, des lèvres, des muscles de la face. Dysarthrie légère. Réflexes rotuliens vifs.

IMPALUDATION, 11 mai 1928 ; 14 accès.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 15 juillet. Sulfarsé-

nol : 9 injections intra-veineuses à doses croissantes du 15 juillet au 15 septembre ; dose totale : 7 gr. 32. *Cyanure de mercure* intra-veineux du 1^{er} août au 25 août ; dose totale de 0,23 en 12 injections, intercalées aux injections du sulfarsénol. *Quinby* : première série du 22 août au 16 septembre, 12 injections. Deuxième série du 12 octobre au 16 novembre, 10 injections. Total des deux séries : 22 injections. *Iodure de potassium* : du 21 août au 3 octobre = 93 gr. 75. *Bi-iodure de mercure* : du 23 septembre au 3 octobre : 2 gr. 55.

Examens ophtalmologiques. 17 octobre 1928 : décoloration du nerf optique gauche s'est accentuée. La vision reste normale. On suspend les injections d'arsenic. 21 novembre 1928 : l'acuité visuelle diminuée à l'œil gauche avec rétrécissement concentrique du champ visuel O. G. O. = 8/10. La vision à droite reste normale. Champ visuel normal. Des injections de strychnine sont faites à la tempe.

Stovarsol : du 24 septembre au 16 octobre 1928, injections intra-veineuses de 11 gr. 50 en 9 injections. *Salicylate de mercure* : 7 injections, du 11 au 23 novembre.

Liquide céphalo-rachidien : Du 12 janvier au 25 novembre 1928, les lymphocytes sont passés progressivement de 47 à 4,9, l'albumine de 0,50 à 0,40, les globulines (Pandy, Weitchbrodt), se sont montrées peu à peu négatives ainsi que l'élixir parégorique, le B.-W. + est devenu partiellement positif, la formule du benjoin très améliorée à partir de la 2^e zone.

Charles Imb. s'est amélioré progressivement ; depuis août 1928 il se montre doux, aimable, travailleur, a conscience de la gravité de sa maladie qui l'a amené à Ste-Anne, reconnaît qu'il a été bien soigné, rectifie complètement ses idées délirantes sur l'électricité et ses idées absurdes de grandeur. Il s'occupe assidûment de sa famille, a écrit spontanément au service de la tutelle pour sa pension de guerre. A noter cependant que cet homme si euphorique, se montre maintenant plutôt déprimé, surtout préoccupé, il se rend compte de son internement et s'inquiète de son avenir.

OBSERVATION IX. — Por. Gaston (n° 214.986), 42 ans, entré à Ste-Anne le 9 mai 1928. Il avait été arrêté dans la rue en pleine nuit, criant à l'assassin. Certificat de l'infirmerie spéciale : *Désorientation, inconscience, satisfaction béate (tutoie M. Doumergue), puérilisme, myosis, réactions pupillaires faibles, dysarthrie, pouls 100, Fatigue générale,*

a interpellé un agent dans la rue, déclarant être le grand martyr (Logre).

Notre examen conclut à la P. G. Euphorie, idées absurdes de grandeur, « il va dîner à la Présidence » et « faire dodo avec plusieurs femmes » ; il accouche d'un nouveau bébé tous les jours et même toutes les secondes ; il lui arrive des enfants. Grosse perte de la mémoire, aussi bien pour les choses récentes qu'anciennes. Masque typique du P. G. Mauvais état général, gâtisme fécal et urinaire. Agité, violent et impulsif avec tendance aux fugues, dysarthrie, tremblement de la langue et des mains. Réflexes rotuliens un peu faibles.

Pupilles irrégulières, légèrement paresseuses, réflexes consensuels faibles. 21 août 1928 : fond d'œil sain, vision normale. Myosis marqué, inertie pupillaire. 17 octobre 1928 : vision normale. Le 22 novembre, nouvel examen, le réflexe photo-moteur reparaît, mais très faible.

IMPALUDATION le 21 mai 1928 ; 14 accès. Disparition du gâtisme à la fin de l'impaludation.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 2 juillet. *Sulfarsénol* : 2 injections intra-veineuses par semaine, jusqu'au 27 juillet ; une injection par semaine, à partir de cette date jusqu'au 15 septembre ; dose totale = 10 gr. 44 en 15 injections. *Cyanure de mercure* : 12 injections intra-veineuses du 30 juillet au 20 août, une tous les 2 jours ; dose totale 0,21. *Iodure de potassium* et *bi-iodure de mercure* : par la bouche tous les jours, du 22 août au 31 octobre ; dose totale d'iodure 187 gr., de bi-iodure 2 gr. 10. *Quinby* : 12 injections, 3 par semaine, du 21 août au 16 septembre. *Stovarsol* : 21 injections intra-veineuses de 0,50 à 1,50, une 3 fois par semaine, du 25 septembre au 24 novembre ; dose totale 29 gr. 50. *Salicylate de mercure* : 7 injections intramusculaires de 1 cm³, une 3 fois par semaine, du 10 au 24 novembre. Aucun accident oculaire durant le traitement.

Le 14 juillet 1928, c'est-à-dire après le commencement du traitement, Por. Gaston a présenté des troubles psychosensoriels délirants, entendant des voix téléphoniques et y répondant. Il essaie de s'asphyxier au moyen d'un bouchon de papier dans la bouche, qu'il voulait avaler, sous l'influence d'un ordre impératif d'une personne nommée Clément. Nouvelle tentative de suicide avec un mouchoir quelques heures après. Le 10 août, le malade, toujours halluciné, commence à rectifier son délire antérieur. Grand changement de caractère, n'est plus euphorique, mais

déprimé, réclame sa sortie, fait un paquet chaque jour pour partir.

Le 17 novembre 1928, les hallucinations auditives persistent encore, il répond aux voix, tout en niant d'être halluciné. Etat général très amélioré, les anciennes idées de grandeur sont remplacées par un délire de filiation à base de fabulation. Ses parents légaux ne sont pas ses vrais parents. Il est né à Washington, en Amérique, d'un père italien, riche banquier, et d'une mère « super-chirurgienne » à Rome. Il a fait des études sérieuses à Genève et à Londres, et prétend au titre de docteur super-chirurgien. De nombreuses opérations faites par lui l'ont illustré; il a trouvé un traitement pour la syphilis et la blennorrhagie.

Ce malade, arrivé gâteux et impotent dans le service, dans un état d'agitation incohérente et de démence profonde, a récupéré la lucidité, s'occupe un peu dans le quartier à de petits travaux manuels. Il reste délirant et halluciné; le délire n'est plus aussi absurde, mais nous sommes encore loin de la guérison.

Il y a eu surtout amélioration de l'état général. *Le liquide céphalo-rachidien* s'est peu modifié, il est resté positif au point de vue réaction B.-W., alors que le sang est devenu négatif. Une nouvelle impaludation donnerait peut-être des résultats plus complets.

OBSERVATION X. — B. René (n° 215.762), 47 ans, entré le 17 juillet 1928 : *Paralysie générale traitée par la malarithérapie; idées de persécution et de suicide. Dysarthrie. Perte de la conscience (nombreuses erreurs de calcul). Réflexes rotuliens et achilléens abolis; inertie pupillaire. La malarithérapie a été faite le 21 mai 1928. Actuellement le malade présente toujours de la dysarthrie, des troubles psychiques avec perte de mémoire.* (Crouzon).

Aucun renseignement sur la syphilis. Nous arrive dans l'état le plus complet de démence globale, impossibilité de s'exprimer de façon cohérente, réponses à côté, délire mégalomane absurde (a tué 5 millions de vaches), violences, insomnie complète. Etat général très grave, cachexie, gâtisme permanent. Inégalité et inertie pupillaire, fond d'œil sain, vision normale.

IMPALUDATION le 27 avril 1928. Impossibilité de tenir la feuille de température en raison d'une agitation incoercible. Après quelques accès (10 ?), le 13 septembre sulfate de quinine. Le malade isolé dans une chambre se calme spontanément.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE commencé le 20 septembre. *Sulfarsénol* : 11 injections sous-cutanées à doses progressivement croissantes, jusqu'au 12 octobre. Du 12 octobre au 5 novembre, injections intra-veineuses. Du 16 au 24 novembre, 5 injections sous-cutanées ; dose totale 8 gr. 64. *Quinby* : 12 injections, une 3 fois par semaine, du 16 septembre au 15 octobre. *Iodure de potassium* : du 23 septembre au 31 octobre ; dose totale 221 gr. *Bi-iodure de mercure* : du 23 septembre au 1^{er} octobre ; dose totale 0,43. *Salicylate de mercure* : 8 injections intra-musculaires de 1 cm³ chaque, une 3 fois par semaine, du 10 au 27 novembre.

Ce malade reste dans le même état démentiel avec idées de grandeur. Il est devenu calme, n'insulte plus les infirmiers, mange seul, gâte encore de temps en temps, état général très amélioré.

Liquide céphalo-rachidien : Du 10 juillet au 27 novembre 1928, les lymphocytes sont passés de 16,6 à 3,3, l'albumine de 0,50 à 0,20, les globulines (Pandy Weichbrodt) sont devenues négatives, ainsi que l'élixir parégorique. La formule du benjoin s'est montrée considérablement améliorée. Le B.-W. est resté positif dans le L. C.-R. et dans le sang.

TECHNIQUE

Dans le traitement de nos paralytiques nous avons employé le procédé suivant :

I. IMPALUDATION. — Notre souche (tierce bénigne) provient du service de la Clinique. Injection de 10-15 cc. de sang prélevé chez un malade qui fait des accès. Nous laissons le sujet faire 10-15 accès selon la résistance et l'état général. Nous les arrêtons en administrant, pendant 8 jours, 1 gramme de quinine.

II. TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — Le malade prend aussitôt après en potion de l'*iodure de potassium* et du *bi-iodure de mercure* à dose progressivement croissante : l'*iodure* de 1 gr. à 10 gr. par jour ; le *bi-iodure* de 0,01. à 0,05 par jour, durant au moins 30 à 40 jours. En cas de diarrhée ou de troubles digestifs, nous associons au KI de l'extrait thébaïque. En cas de congestion, de larmolement, d'écoulement nasal, etc... nous évitons ces inconvénients en associant à la médication iodurée

la belladone ou l'atropine. Mais étant donné que les traitements iodurés sont débilitants, nous associons les iodures au mercure et à l'arsenic.

2° Nous faisons simultanément le traitement par le *cyanure de mercure* et par le *sulfarsénol* de manière à intercaler les injections intraveineuses de cyanure de mercure et les injections de sulfarsénol sous-cutanées à dose progressivement croissante. De cette manière, on peut bloquer dans l'organisme le mercure sous forme de sulfure de mercure insoluble, ce qui permet d'atteindre facilement les très hautes doses et même les dépasser sans inconvénient. Malgré des doses assez fortes de mercure, nous n'avons jamais observé d'accidents, ni entérite, ni érythème, ni néphrite, ni stomatite. A partir de la dose de 0,60, on injecte le sulfarsénol par la voie veineuse et le salicylate de mercure par voie intra-musculaire, une ou deux fois par semaine.

3° Après examen du fond d'œil, injections intraveineuses de *Stovarsol sodique* selon la technique de Sézary et Barbé, 3 fois par semaine 1 gr. 50 alterné avec 3 injections par semaine de *Quinby*. Nos malades étaient examinés tous les 15 jours par l'ophtalmologiste au point de vue du fond d'œil.



En étudiant les 14 observations rapportées, nous voyons que 8 malades ont bénéficié du traitement au point d'avoir pu quitter l'asile ou d'être susceptibles d'une sortie prochaine. Nous ne les considérons pas comme guéris, nous les avons libérés pour les rendre à leur famille où ils peuvent s'occuper et éviter les frais considérables d'hospitalisation. Ils se montrent aujourd'hui capables de se conduire dans la vie, surtout s'ils peuvent être surveillés par leurs proches. Nous croyons indispensable pour eux de continuer le traitement en malades externes jusqu'à disparition ou atténuation suffisante des réactions biologiques. On ne saurait être trop prudent pour leur avenir, une longue surveillance médicale est encore nécessaire. Les autres

sont plus ou moins améliorés et plusieurs pourront être mis tôt ou tard en liberté. Nous n'avons eu qu'un seul décès par affaiblissement progressif.

Les observations montrent que, rapidement, l'état mental change ; l'inconscience, l'euphorie, la mégalo-manie disparaissent et font place chez le malade à un état de conscience amenant des préoccupations sur sa propre personne et sur son avenir, d'où dépression. Ce fait est très net dans les observations III, V, VI. Chez d'autres, le délire démentiel peut se transformer en un délire cohérent et assez bien systématisé, signature d'un moindre affaiblissement intellectuel. C'est ainsi que Por. Gaston (Obs. IX) P. G. satisfait, béat, euphorique, prétendant dîner avec Doumergue et accoucher toutes les secondes d'un bébé, a la conscience d'avoir été malade et explique ses idées par son état morbide. Il se montre triste, préoccupé, réclamant sa sortie pour reprendre son travail. On peut admettre que son délire interprétatif actuel de filiation est la conséquence de ses préoccupations. Les idées de grandeur n'ont pas disparu, mais elles sont systématisées et moins absurdes.

Au point de vue physique nous pouvons affirmer que tous nos malades manifestent une amélioration de leur état général : augmentation de poids, disparition du gâtisme. B. Joseph (Obs. III), Por. Gaston, (Obs. IX), B. René (Obs. X) atténuation du gâtisme.

Pas de modification de la dysarthrie, ni du tremblement, ni de réflexes tendineux.

Les réactions biologiques, positives chez tous nos malades, se sont progressivement atténuées au cours du traitement et elles sont devenues négatives dans la majorité des cas après un traitement pluri-médicamenteux intensif et prolongé. L'hyper-lymphocytose diminue et l'hyper-albuminose revient aux valeurs normales. La réaction du benjoin colloïdal de Guillaumin s'améliore rapidement.

Le *Bordet-Wassermann* devient d'abord négatif dans le sang et beaucoup plus tard dans le liquide céphalo-rachidien.

Tous nos malades étaient ponctionnés, soit dans le service hospitalier qui nous les a adressés, soit à leur entrée à Sainte-Anne avant l'impaludation et à la fin du traitement spécifique, après 4-5 mois de soins.

Au point de vue ophtalmologique deux choses sont à retenir dans ces 14 observations.

1° Chez deux de ces malades (Obs. IV et V) le signe d'Argyll-Robertson a retreci au cours du traitement. Cette évolution, si contraire à celle observée chez les malades non traités, a une très grande importance.

2° Chez trois autres malades, il s'est établi, au cours du traitement et exactement au cours d'injections à doses massives de sels d'arsenic, un processus atrophique des nerfs optiques. Chez l'un (Obs. V) ce processus est resté stationnaire après l'arrêt des piqûres d'arsenic et le malade garde une vision normale. Mais chez un autre (Obs. VI) ce processus est tel que le malade est resté privé de vision pendant quelques jours. Heureusement l'interruption complète des sels d'arsenic et un traitement par la strychnine a rendu au malade une vision certes diminuée, mais très suffisante pour accomplir les travaux ordinaires de la vie et assurer ses moyens d'existence. Cette vision demeure actuellement invariable ce qui semble indiquer que le processus atrophique est arrêté. Enfin chez le 3° (Obs. VIII) le processus atrophique constaté également au cours des piqûres d'arsenic a retreci pour un œil, après l'arrêt des piqûres, et l'autre œil, bien qu'ayant une pupille pâle, conserve une vision sensiblement normale ; seul le champ visuel est concentriquement diminué.

Les sels d'arsenic, c'est là un fait que l'un de nous a pu constater souvent, s'ils constituent la médication la plus active que nous possédions dans le traitement de la syphilis, sont, par cela même qu'ils libèrent une plus grande quantité de toxine, plus susceptibles de favoriser ou d'aggraver le processus atrophique des nerfs optiques ; complication extraordinairement grave. Mais, si les malades sont suivis régulièrement par l'ophtalmologiste, ces dangers sont considérablement diminués, ainsi que le montrent les 3 malades dont

nous venons de rappeler l'observation ; et, sans se priver de l'aide considérable qu'apporte l'arsenic au traitement de la P. G., on peut, en la faisant précéder, chez certains malades plus susceptibles de complications oculaires, d'un traitement par les sels de Bismuth et de mercure, arriver aux mêmes résultats thérapeutiques avec un minimum de risques.

CONCLUSIONS

Après 3 à 4 mois de ce traitement tous nos malades étaient améliorés. Un certain nombre d'entre eux ont pu quitter l'asile (5 cas) et reprendre leurs occupations antérieures. Chez un grand nombre les réactions biologiques se sont atténuées et sont devenues négatives, les signes oculaires se sont modifiés, la pupille a recouvré en partie sa contractilité. D'autres ont corrigé leur délire absurde, leur gâtisme a disparu et l'état général s'est amélioré considérablement.

Nous sommes ainsi arrivés à cette conclusion que la grande majorité de nos P. G. peuvent, en quelques mois, quitter l'asile sinon guéris, tout au moins assez améliorés pour reprendre leur vie familiale et sociale.

Il ne s'agit pas seulement d'une récupération plus ou moins grande de l'état psychique ; nous avons vu, dans certains cas, les troubles humoraux disparaître et même le signe d'Argyll-Robertson rétrocéder, constatation que nous croyons avoir observé les premiers.

Résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale

(Présentation de malades)

Par MM. CLAUDE, TARGOWLA, CÉNAC et LAMACHE

Le texte de cette communication ne nous est pas encore parvenu.

Treize cas de paralysie générale traités par injections de Dmélcos combinées à un traitement chimique

Par MM. H. BEAUDOUIN et A. DUPONT

Nous voudrions condenser ici le résultat obtenu chez les paralytiques générales que nous avons soumises à un traitement inspiré de la méthode préconisée par MM. Sicard, Haguenau et Wallich (*Presse médicale*, 14 septembre 1927). Nous avons, à la pyrétothérapie par injections endoveineuses de Dmelcos combiné le traitement au Novársénobenzol, au Stovarsol, au Quinby. Des observations relatant le résultat de traitements analogues vous ont déjà été soumises. Ici même, Mlle Pascal, en collaboration avec MM. Abramovitch et Briau (27 février 1928) ont rapporté celle d'une malade cachectique et gâteuse, rapidement améliorée après traitement mixte par Dmelcos-Stovarsol. A propos de cette communication, M. Barbé mettait en doute l'action du Dmelcos, tout en reconnaissant son innocuité. A la Société clinique de médecine mentale (18 juin 1928), MM. Trénel et Masquin apportaient l'observation d'une rémission chez une P. G. de « forme avancée », après traitement par le Stovarsol. Dans la même séance, M. Trénel relatait encore une rémission après traitement combiné Dmelcos-tryparsamide suivi, au moment de l'amélioration, d'un traitement au sulfarsénol.

Bien que le petit nombre de malades que nous avons traitées jusqu'ici ne constitue pas la matière d'une statistique bien saillante, il nous a paru opportun d'en résumer les observations et d'apporter quelques conclusions. Les observations concernent toutes, rappelons-le, des malades femmes ; elles ont été traitées — étant donné les modalités d'entrée dans notre service — à la période d'état de l'affection.



Une série de malades a reçu des injections combinées de Dmelcos et de Novarsénobenzol selon la technique suivante : injection hebdomadaire mixte à doses croissantes (Dmelcos entre 450 et 1.350 millions. — Novar : 0 gr. 10, 0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60; 0 gr. 75 0 gr. 90, 0 gr. 90, 0 gr. 90). Arrêt du traitement après 10 injections. Chaque semaine, entre les deux injections combinées, deux piqûres de Quinby (3 cc.). Nous avons noté les résultats suivants :

I. — S..., 56 ans. Gros affaiblissement psychique, désorientation, inconscience. Paresse pupillaire, analgésies. B.-W. sanguin positif ; la ponction lombaire n'a pu être pratiquée.

Après le traitement, pendant quelque temps, orientation plus précise ; manifeste une certaine activité. Cet état n'est que passager. B.-W. sanguin reste positif. Augmentation de poids (4 k. 500).

II. — P..., 25 ans. Démence profonde, inertie totale. Argyll, dysarthrie, gâtisme, arthropathie. *Précédente impaludation*. Réactions humorales signalées comme instables (Dr Péron); positives à l'entrée (alb., 0,45 ; lymphocytes, 5), aucune modification clinique après traitement. B.-W. négatif dans le sang et le L. C.-R. (I. Pasteur).

III. — F..., 39 ans. Démence profonde, excitation psychique. Signes neurologiques. Escarre au début.

Transférée à Naugeat, après traitement, sans résultat appréciable.

IV. — L..., 36 ans. Etat démentiel, euphorie, dysarthrie, signes pupillaires. Réactions humorales positives, avec B.-W. franchement positif du L. C.-R. *Précédente impaludation*.

Le traitement (une série complémentaire de sulfarsénol), n'a apporté aucune modification clinique importante (disparition passagère du gâtisme urinaire). B.-W. du L. C.-R. devenu faiblement positif (Pasteur).

V. — J..., 39 ans. Affaiblissement psychique marqué, insouciance et euphorie, idées de richesse, doléances hypochondriaques. Dysarthrie, rigidité pupillaire, gâtisme. Réactions humorales positives. *Légère amélioration* après traitement : orientation générale plus précise, disparition et

rectification des idées délirantes, disparition du gâtisme, augmentation de poids de 3 k. S'occupe au ménage assez utilement. Bref, rémission partielle.

Seul modification humorale : le benjoin est passé de la formule : 22222.22220.00000, à la suivante : 11221.22200.00000.

VI. — L..., 43 ans. Excitation psychique intense, agitation motrice et loquacité; idées mégalomaniaques et projets absurdes, érotisme, obscénités. Dysarthrie, déformation et paresse pupillaires. Réactions humorales positives.

Après le traitement, légère amélioration. Nouvelle série de 10 injections de Dmelcos combiné au Stovarsol (vomissements), *amélioration nette* : calme, orientation satisfaisante, rectification des idées délirantes. Attention et jugement déficitaires. Vers la fin de la seconde série, *zona* du membre inférieur gauche.

Amélioration persistante, sortie envisagée. Capacité sociale assez douteuse; à déterminer par l'expérience de la vie au dehors.

Quatre malades ont été traitées par les injections combinées de Dmelcos et de Stovarsol, selon la technique suivante : Tous les 2 jours, en même temps, Dmelcos (10 doses progressives) et Stovarsol intra-musculaire (1 gr., 1 gr. 50 et 8 injections de 2 gr.).

Après les 20 jours de traitement, repos de 10 jours et nouvelle série dans les mêmes conditions. Nous avons pu noter chez ces malades les résultats suivants :

VII. — R..., 40 ans. Démence, dysarthrie, gâtisme. Réactions humorales positives.

Aucune modification de l'état mental (démence progressive), ni des réactions humorales. *Augmentation de poids* de 6 k.

VIII. — L..., 37 ans. Affaiblissement psychique accusé, euphorie et indifférence. Signes neurologiques, réactions humorales positives. *Ictus antérieurs*, et *précédente impaludation*.

Avant la fin de la première série, apparition d'un état d'inquiétude avec agitation motrice marquée, et de doléances hypocondriaques multiples. Idées de richesse.

Refus d'aliments. Cachexie. Décès rapide. Pas d'autopsie.

IX. — P..., 37 ans. Affaiblissement psychique. Signes neurologiques. *Précédente impaludation* (Salpêtrière), avec

traitement au Stovarsol, sans modification des signes humoraux, positifs, et avec *apparition d'idées confuses de persécution*.

Le traitement Dmelcos-Stovarsol n'a donné aucun résultat appréciable.

X. — P..., 35 ans. Affaiblissement psychique global : Troubles de l'orientation, de la mémoire et de l'auto-critique ; apathie, satisfaction, désordre de la tenue. Excès alcooliques. Dysarthrie légère. Pupilles inégales, déformées, paresseuses. Vivacité marquée des réflexes tendineux.

Sang : B.-W. +.

L. C.-R. : B.-W. +.

Benjoin 22222.22222.21000 (précipitation totale dans les onze premiers tubes).

Albumine : 0,65.

Lymphocytes : 42.

Mauvais état physique. Vomissements. Dans le service elle se montre turbulente, remplit son lit de détritits, monte sur les meubles, doit être constamment surveillée. S'alimente bien. Il faut la guider pour faire sa toilette et pour faire son lit.

Traitement — Dmelcos associé au Stovarsol — 3 séries (vomissements au cours du traitement) et amélioration très nette de l'état mental. Bonne orientation ; capable de donner des précisions exactes sur sa vie antérieure. Demande sa sortie en promettant de continuer à se soigner dehors ; activité constante.

Passe dans son quartier pour une très bonne ouvrière, est capable d'initiative personnelle.

Benjoin à formule atténuée : 12211.12200.00000.

Augmentation de poids de 7 k.

La sortie est envisagée.

Chez trois malades enfin nous avons tenté d'associer les injections de Dmelcos (12 injections à doses croissantes) au traitement par le Quinby, d'abord combiné, puis continué isolément :

XI. — G..., 33 ans. Affaiblissement psychique avec dysarthrie, signes pupillaires et réactions humorales positives.

Transférée en fin de traitement à l'asile de Clermont, sans aucune modification clinique.

XII. — L..., 45 ans (*présentée par l'un de nous avec M. Moigneau, à la S. C. M. M., le 16 janvier 1928*) : P. G. avec hallucinations et idées de persécution mal systématisées, mais fixés. *Précédente impaludation*. Après le traitement Dmelcos-Quinby, a reçu 4 séries de 21 gr. de stovarsol. Augmentation notable de poids (8 k.). Etat mental sensiblement stationnaire. On peut soupçonner une diminution d'intensité des troubles psycho-sensoriels : « Ils commencent, dit-elle, à se lasser... »

XIII. — Ch..., 31 ans (*2^e malade présentée à la même séance*). Syphilis ancienne. Détermination nerveuse en 1922 : troubles oculaires améliorés, récidivant en 1925, apparition de troubles mentaux en 1926 ; automatisme mental à thèmes multiples, idées d'influence — affaiblissement psychique, dysarthrie, réactions humorales positives. Après traitement (12 injections de Dmelcos et 48 de Quinby), on note des modifications importantes : augmentation de poids de 9 kg. — Intérêt plus marqué pour l'entourage, désir de sortie, activité utile, initiative.

Disparition affirmée des troubles psycho-sensoriels depuis plusieurs mois. Disparition de la dysarthrie, auparavant très nette et expliquée par influence extérieure. La malade prétend aussi « voir mieux clair » (?).

Si nous avons dans l'ensemble l'impression — classique pourrait-on dire — que le traitement envisagé présente au moins l'avantage de l'innocuité, nous devons rappeler cependant l'évolution rapide chez une de nos malades (obs. VIII), impaludée précédemment. Qu'il y ait ou non simple coïncidence, soulignons l'apparition d'un état d'excitation psychique avec idées délirantes, et la cachexie rapide.

Hormis ce cas, nous n'avons pas constaté d'incidents notables (quelques vomissements). Nous n'insisterons pas sur l'action limitée à des symptômes isolés : disparition passagère du gâtisme (obs. IV), engraissement plus ou moins notable, relevé soit sans aucune amélioration générale (obs. I et VII) soit avec amélioration générale légère (obs. V et XIII).

A propos des modifications humorales observées, soulignons que leur atténuation a été relevée, soit sans modification parallèle (notion classique) de l'état men-

tal (obs. II et IV, avec impaludation précédente), soit avec modification favorable, légère (obs. V) où très nette (obs. X).

En ce qui concerne proprement ces résultats favorables, nous pouvons les résumer ainsi : sur treize cas traités, quatre résultats appréciables, soit deux améliorations nettes mais légères (obs. V et XIII) et ne permettant pas la reprise d'une vie normale au dehors (activité réduite, surveillance...) ; une amélioration plus nette (obs. VI) constatée surtout par l'examen direct, mais avec des réserves en ce qui concerne la réadaptation sociale ; enfin une amélioration très nette (obs. X), avec reprise d'une activité utile, auto-critique satisfaisante, affectivité bien adaptée.

Si nous dissociions maintenant ces quatre cas favorables par rapport au traitement chimique appliqué, nous pouvons relever les particularités suivantes : dans deux cas (obs. V et VI), le Dmelcos était associé au Novarsénobenzol et au Quinby ; dans un cas (obs. X, amélioration majeure), il était associé au stovarsol ; dans le dernier (obs. XIII, accidents oculaires) au Quinby seulement. Nous croyons notre statistique trop peu nourrie pour tirer de ces constatations des conclusions générales.

Un point particulier nous semble attirer l'attention : dans quatre cas (obs. II, IV, VIII et XII) qui se sont trouvés être soumis aux trois modalités d'association médicamenteuse adoptée, les malades avaient été précédemment impaludés. Sauf les constatations d'ordre humoral rappelées ci-dessus (obs. II et IV), nous n'avons pas observé chez ces quatre malades une amélioration quelconque de l'état mental. Encore que cette notion mérite d'être complétée et précisée, ne peut-elle pas permettre de concevoir qu'il y ait une certaine analogie dans les réactions de l'organisme à l'action des pyrétogènes, et de mettre en doute un mode d'action du paludisme qui serait en quelque sorte spécifique : réaction de l'organisme à l'invasion par un protozoaire ? (M. Sézary).

Présentation de paralytiques généraux cliniquement guéris par la malariathérapie

Par A. FRIBOURG-BLANC et MASQUIN

Il peut paraître superflu aujourd'hui d'insister à nouveau sur les avantages de la malariathérapie dans la Paralyse générale. Les travaux publiés sur ce sujet depuis 1919 sont si nombreux, et les statistiques favorables à cette méthode sont si démonstratives, que tous les médecins, semble-t-il, doivent être maintenant convaincus de l'efficacité de ce mode de traitement. Il ne nous paraît pas inutile, cependant, d'établir, par des faits cliniques précis, la réalité des rémissions obtenues, de fournir aux incrédules, s'il en existe encore, des preuves de ces rémissions et d'en démontrer la longue durée. C'est dans ce but que nous vous présentons aujourd'hui 4 de nos malades cliniquement guéris et ayant repris, depuis de nombreux mois, toute leur activité sociale antérieure à la maladie.

Après constatation des succès obtenus dans le Service Clinique de M. le Professeur Claude, nous appliquons la malariathérapie aux paralytiques généraux du Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce depuis le mois de septembre 1925. Nos premiers résultats rapportés dans le *Paris-Médical* du 5 décembre 1925 nous ont encouragés à poursuivre cette thérapeutique à laquelle nous avons soumis depuis, sauf contre indication précise, tous les paralytiques généraux qui nous ont été confiés.

Dé septembre 1925 à novembre 1928 (38 mois), il a été hospitalisé au Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce, 33 paralytiques généraux, 5 d'entre eux présentant des contre indications à l'impaludation, en raison de leur âge ou de leur état organique, n'ont pas été inoculés. Sur ces 5 malades : 3 ont été internés, 2 ont été réformés, et 1 est décédé. 28 ont été soumis à la malariathérapie. Nous avons observé : 11 rémissions

complètes, avec reprise des occupations antérieures ; 5 rémissions partielles ; 9 insuccès ayant nécessité 4 internements et 5 mises en réforme ou en non activité ; et 3 décès, dont 1 au cours des accès fébriles et 2 ultérieurs.

Pendant la même période de 38 mois, avant la mise en œuvre dans notre service de cette méthode thérapeutique du 1^{er} mars 1922 au 1^{er} septembre 1925, il était entré au Val-de-Grâce, 27 paralytiques généraux que nous avons traités par les diverses médications anti-spécifiques, y compris les injections de stovarsol sodique. Nous n'avons observé aucune guérison clinique, nous avons noté 2 rémissions partielles seulement et nous avons dû interner 16 malades, solution qui, dans l'armée, entraîne obligatoirement la mise en réforme (sous-officiers et soldats) ou la mise en non activité (officiers), avec octroi d'une pension au taux de cent pour cent. 7 autres malades ont été réformés sans internement et 2 sont décédés au Val-de-Grâce.

La comparaison de ces chiffres nous paraît suffisamment éloquente. Nous aurions voulu pouvoir vous présenter aujourd'hui un plus grand nombre de nos anciens malades en cours de rémission. Mais la plupart n'appartenant pas à la garnison de Paris ont rejoint leurs postes en province. C'est ainsi que l'un d'eux a repris son service de capitaine dans un régiment d'artillerie de la 13^e Région, depuis fin avril 1927 (19 mois). Nous l'avons revu la semaine dernière et avons constaté, en même temps que la persistance de sa guérison clinique, une atténuation des réactions de son liquide céphalo-rachidien. Un autre, commandant dans un régiment de l'Ouest, a repris son poste, il y a 3 mois, et continue actuellement son service.

Voici du moins les anciens malades qui ont bien voulu se rendre ce soir à notre appel :

OBSERVATION I. — Dev..., 53 ans, syphilis contractée à une date inconnue, très peu traitée. Première bouffée de troubles psychiques en mai 1922 ayant vite cédé à un traitement anti-spécifique. Avait abandonné les soins depuis mars 1925. Apparition brusque fin octobre 1925 de troubles

mentaux très accusés : dépenses inconsidérées. Perte dans les magasins de Paris de papiers et de valeurs importantes d'une maison de crédit où le malade était employé.

Excitation physique et psychique aiguë. Hospitalisé le 2 novembre 1925 au Val de Grâce, le sujet tente de s'enfuir pour se rendre à la Grande Chancellerie réclamer la Légion d'Honneur qui lui est due.

Euphorie, lyrisme, fabulation naïve, démonstrations puériles de sa force et de son génie. Attendrissements larmoyants. Irrégularité pupillaire, achoppements de la parole, signe d'Argyll., légère incoordination motrice.

Syndrome humoral confirmatif de paralysie générale. Le 5 novembre 1925, inoculation de 6 cc. de sang paludéen provenant de la souche utilisée dans le service du Prof. Claude. Incubation fébrile de neuf jours. Succession régulière à type tierce des accès. Les hématozoaires sont apparus dans le sang, circulant cinq jours après le premier accès. Ictère. Oligurie. Insomnie. Hypertension artérielle. Amaigrissement. Asthénie marquée. Alternatives de somnolence et d'excitation. Ces phénomènes vont s'accroissant jusqu'au neuvième accès. Nous commençons alors la quinzaine. L'état général, resté précaire pendant cinq jours après la cessation des accès, se rétablit peu à peu sous l'influence des injections d'huile camphrée éthérée et d'adrénaline et l'absorption de boissons lactosées abondantes. Toute crainte à l'égard de l'état organique est rapidement écartée, mais le psychisme n'a pas varié pendant la période fébrile, et le mois suivant. Cependant, à la fin de décembre, une véritable métamorphose se produit peu à peu. L'excitation tombe, l'euphorie naïve s'atténue jusqu'à disparaître tout à fait. Le malade réduit de lui-même son syndrome délirant, au fur et à mesure que reparait l'auto-critique. En janvier et février 1926, nous soumettons le sujet à un traitement anti-spécifique mixte : 8 gr. 50 de novarsénobenzol en injections intra-veineuses et vingt injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure.

Le 15 mars, une réinoculation de sang paludéen est pratiquée à l'aide d'une simple goutte injectée sous la peau. Après une incubation de vingt-quatre jours, apparaissent trois accès à 40° de type tierce qui cèdent d'eux-mêmes sans quinzaine.

La vérification du syndrome humoral a montré une diminution de l'albuminose et surtout de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien avec persistance de la positivité du Wassermann.

Depuis le 6 avril 1926, le malade a quitté l'hôpital. Il vit dans sa famille une existence normale. Il a trouvé une nouvelle situation dans une Société Immobilière où il travaille très régulièrement 8 heures par jour, à un emploi de bureau astreignant. Il est soumis périodiquement au traitement anti-spécifique. La réaction de Wassermann, contrôlée dans son sang le 9 novembre 1928, est entièrement négative.

Son état organique et intellectuel est des plus satisfaisants. Chez lui, la rémission qui persiste depuis 32 mois, est certainement due à l'action combinée du paludisme et de la médication anti-spécifique.

OBSERVATION II. — Le C... Syphilis méconnue datant probablement de 1912 et révélée en novembre 1922 par une réaction de Wassermann positive pratiquée à l'occasion d'une plaie d'apparence suspecte. Traité par le novarsénobenzol jusqu'en janvier 1923, le malade, par insouciance, avait abandonné sa cure. En décembre 1924, il avait présenté une crise dépressive avec dysmnésie et fatigabilité intellectuelle, mais avait, après trois mois de repos, repris ses occupations très absorbantes dans un ministère, quand le 6 février 1926, éclatèrent des troubles mentaux aigus : logorrhée, idées d'inventions extravagantes (il a découvert le moyen de porter la température de l'eau à 3.000 degrés en captant les rayons du soleil, son invention fait gagner 800 milliards par an à la France et nous ne payons plus d'impôts) ; vanité, euphorie, sensiblerie niaise, lyrisme, accès de rires et de pleurs, exaltation, cris, scandales au Ministère et à l'Elysée. Au point de vue physique : paresse pupillaire à la lumière, tremblement des doigts et de la langue, achoppements très marqué de la parole aux mots d'épreuve et spontanément, écriture illisible avec omissions de mots et fautes d'orthographe. Hospitalisé au Val-de-Grâce le 8 février, l'isolement ne calme pas l'excitation : vociférations, injures, bris d'objets, B.-W. positif, fort dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, avec hyperalbuminose : 0,65 et lymphocytose : 8 lymphocytes par mm³.

Inoculation le 26 février 1926 de 5 cc. de sang paludéen (souche de l'Asile Ste-Anne). Incubation de sept jours. Fièvre d'invasion de cinq jours, suivie de grands accès très réguliers quotidiens, du type double tierce. Du 9 au 15 mars, le malade présente dix accès de ce type atteignant ou dépassant 40°. Certains de ces accès se sont produits à minuit ou à une heure du matin, et ce fait montre la nécessité de prendre la température des malades très régulièrement toutes les 4 heures, de nuit comme de jour, en même temps qu'on établit avec soin la courbe du pouls et des urines. Ces accès

furent bien supportés et m'entraînèrent qu'un léger subictère avec oligurie et présence dans les urines de pigments biliaires et de traces d'albumine. Administration de quinine du 19 au 21 mars : 1 gramme par jour. Dès la fin des accès une amélioration considérable se produit. L'activité délirante s'éteint. En un mois le psychisme redevient normal, toute idée mégalomane disparaît, le projet d'invention merveilleuse est oublié et le malade se refuse même à l'accepter quand on lui en parle. L'amaigrissement de 3 kgr., qui s'était produit pendant la fièvre, a fait place à une reprise de poids de 9 k. Le syndrome humoral s'est atténué dans le sens habituel.

L. C.-R. Albumine : 0,45 ; 3,4 lymphocytes par mm³.

B.-W. et benjoin colloïdal positifs.

Sorti cliniquement guéri du Val-de-Grâce, le 16 juin 1926, M. Le C..., ayant perdu du fait de sa longue hospitalisation, sa situation antérieure d'ingénieur au Ministère, obtint un poste d'ingénieur au Département de... et s'adapta parfaitement à ses nouvelles fonctions, faisant preuve d'une activité intellectuelle bien coordonnée et ne relevant pas de l'automatisme professionnel.

Les réactions humorales continuent à s'atténuer. On note le 20 septembre 1926 : L. C.-R. Albumine : 0,22, moins de 1 lymphocyte par mm³. B.-W. +.

Il est traité régulièrement tous les 3 mois par injections alternées de sels de Bismuth, de mercure et d'arsenic. La guérison clinique persiste aujourd'hui depuis 2 ans 1/2. Il faut noter cependant qu'en février dernier, M. Le C... a présenté une bouffée de surexcitation de type hypomaniaque, sans idées délirantes, bouffée qui a cédé en l'espace de 3 semaines et ne lui a pas fait perdre la situation qui lui permet de faire vivre sa famille de 4 enfants.

OBSERVATION 3. — Gr..., 33 ans, Chef surveillant des travaux d'une grande école, grièvement blessé en janvier 1915, vaste mutilation faciale droite avec énucléation de l'œil droit et effondrement de l'orbite. Syphilis ignorée. Marié en 1922. Un enfant de dix mois bien portant. Femme atteinte de salpingite, en traitement à l'hôpital de la Pitié. Jusqu'au mois de juillet 1926, Gr... donnait toute satisfaction à ses chefs dans l'exécution de sa tâche, actif et intelligent, il n'avait présenté depuis la guerre que des poussées intermittentes d'une sinusite frontale consécutive à sa blessure de la face. Mais depuis 4 mois, il s'est fait remarquer par son irrégularité dans le travail, ses négligences, ses oublis. Il a fait plusieurs fugues, quittant la maison sans prévenir per-

sonne, achetant dans les grands magasins cent objets inutiles qu'il faisait livrer chez lui au grand désarroi de sa femme (meubles luxueux et encombrants pour leur petit logement). Il dilapida en peu de semaines toutes les économies du ménage. Au cours des huit derniers jours, sa femme étant entrée à l'hôpital, il s'est mis à boire, sa surexcitation désordonnée frappe son entourage et le Médecin-Chef de l'Ecole où il est employé l'hospitalise au Val-de-Grâce, le 22 novembre 1926. Dès son arrivée, nous l'interrogeons. Il est familier, jovial, satisfait de tout. Il est très riche, va faire d'ailleurs un héritage d'un million, emploiera sa fortune à la construction d'un grand hôtel, à Reims, avec une quantité de petits pavillons qui serviront de maisons de rendez-vous et qui fourniront de merveilleux bénéfices dont il nous offre généreusement d'avance la meilleure part. Il est heureux en ménage, la santé de sa femme qui est à l'hôpital et va être opérée ne le tracasse guère cependant et il parle de cette prochaine intervention avec un sourire niais. Son fils âgé de 10 mois est le plus bel enfant de Paris, grand, fort, il pèse 19 livres. Il va engager un valet de pied, une femme de chambre et une cuisinière, achètera une auto, une motocyclette et un avion. Il n'est point embarrassé pour la conduite de cet avion puisqu'il a fait 2 vols pendant la guerre comme passager dans un Farman! Le Général Commandant l'Ecole... vient de lui faire décerner la rosette d'Officier de la Légion d'Honneur...

Pendant qu'on prépare son lit à l'hôpital il échappe à la surveillance et s'enfuit. Il va voir sa femme à La Pitié et, en traversant le Jardin des Plantes, urine sans façon sur une plate-bande aux yeux des promeneurs. Un gardien le rappelle à l'ordre, mais il se sauve en riant. Arrivé à la Pitié il se déshabille auprès du lit de sa femme, dans une salle commune pour se coucher avec elle, et la surveillante du service doit se précipiter vers lui pour l'en empêcher.

Il est ramené au Val-de-Grâce deux jours plus tard.

L'examen organique révèle de l'hyperréflexivité tendineuse, un léger tremblement des doigts et des achoppements nets aux mots d'épreuve. La pupille gauche (énucléé de l'œil droit) réagit à la lumière. Ecriture tremblée, fautes d'orthographe grossières, omission de mots, puérilité du style.

La ponction lombaire du 25 novembre 1926 donne :

L. C. R. clair.	Tension : 26 avant prélèvement	} en position assise
	— 9 après —	
Albumine = 0,40 ; Sucre, 0,67 ; 20 Lymphocytes par mm ³ .		

B.-W. + + + +.

Dans le sang : Wassermann + ; Jacobsthal ++, Hecht +
Impaludé le 26 novembre 1926 avec 6 cc. de sang du malade Ak (sang défibriné dextrosé conservé 4 heures à l'étuve à 37 avant l'inoculation). Incubation de 7 jours suivie d'accès très réguliers de type tierce : 5 accès entre 39° et 40° et 7 accès entre 40° et 40°4. Ces accès sont bien supportés et s'éteignent spontanément sans quinisation le 29 décembre 1926.

A la fin des accès, la subagitation du malade s'apaise, l'euphorie niaise s'atténue, le délire mégalomane se réduit sensiblement. Au cours de janvier 1927 l'amélioration marque un palier et reste stationnaire malgré une série d'injections intraveineuses de stovarsol sodique qui ne paraissent pas procurer de bénéfice. Des projets absurdes de construction d'hôtels et de commerce d'automobile réapparaissent. Mais cette bouffée délirante ne persiste pas. L'équilibre psychique se rétablit peu à peu. En février le malade a récupéré une auto-critique parfaite. Son écriture et son style sont redevenus très satisfaisants, son affectivité est normale. Il se préoccupe affectueusement de l'état de sa femme et de sa propre santé. Il éprouve de la gêne au rappel de ses idées délirantes auxquelles il ne croit plus. L'état organique est excellent. Gr... quitte l'hôpital le 24 février 1927, va passer un mois à la campagne et reprend ensuite son emploi de chef surveillant des travaux de l'Ecole... à la complète satisfaction de ses chefs. Revu à diverses reprises au cours des 21 mois qui nous séparent de sa sortie de l'hôpital et soumis à un traitement anti-spécifique d'entretien, Gr... a conservé tout le bénéfice de sa malariathérapie. La guérison clinique paraît complète et stable. Les réactions de Wassermann, de Jacobsthal et de Hecht pratiquées dans le sang le 12 novembre 1928 sont entièrement négatives.

OBSERVATION 4. — De S..., Officier, 43 ans. Chancre syphilitique à 29 ans en 1914 soigné par hectargyre, séries intermittentes durant un an, puis par pilules de protoiodure d'une façon assez irrégulière. Aucun traitement depuis deux ans. Instruit, d'une intelligence autrefois très vive. Officier de cavalerie remarqué pour son endurance physique, son courage et son entrain (3 blessures de guerre, campagnes de Syrie et Sud Algérie). Apparition en septembre 1927 d'un état de fatigue intellectuelle qui va s'accroissant de façon progressive. Lassitude générale, désintérêt de toute chose, aboulie, dysmnésie. Cet état nécessite un congé de 3 mois à dater du 10 février 1928. Avant la fin de ce congé, sa famille

le trouve dans un tel état de prostration physique et d'inertie intellectuelle qu'elle demande l'hospitalisation du malade au Val-de-Grâce ou De S... entre le 25 avril 1928.

Nous constatons : *Au point de vue physique* : Hyper-réflexivité tendineuse généralisée. Tremblement discret des doigts et de la langue. Atonie des muscles faciaux. Mimique inexpressive. Légers achoppements de la parole aux mots d'épreuve. Pupilles égales à réflexes normaux. Cœur : bruits clangoreux. T. A., $17,5 \times 9$ au Vaquez.

Opacité aortique un peu augmentée à la radioscopie.

Syndrome humoral : Sang : Réactions de Wassermann de Jacobsthal et de Hecht très fortement positives.

Liquide céphalo-rachidien (26 avril 1928) :

Tension : 27 avant prélèvement
19 après — de 20 cc. } en position assise.

Sucre : 0,60. — Albumine : 2 gr. 36. — 50 lymphocytes par mmc.

Benjoin colloïdal technique Guillain : 00022, 20012, 22210 ; Thurzo : 2.3.10.9, 8.8.7.4, 0000 ; réactions de type syphilitique.

Psychisme très amoindri. Etat d'obnubilation constante. Tristesse. Gros troubles de la mémoire. Lenteur extrême de l'idéation. Impossibilité de soutenir une conversation. Incapacité absolue de s'occuper de questions d'intérêt importantes et dont la solution urgente s'impose pour lui. Sensation de « vide cérébral ». Inactivité pratique totale. Insomnie. Irritabilité et pleurs faciles. Ecriture lente, pauvreté du style, phrases puériles, vides d'idées.

En résumé : Méningo-encéphalite diffuse d'origine spécifique à forme dépressive accentuée, sans idées délirantes, avec ralentissement global de toutes les facultés psychiques, gros troubles de la mémoire, de l'attention, de l'association des idées et de la volonté. Syndrome neurologique ébauché. Syndrome humoral très accentué.

Une série d'injections de quinobismuth et de bi-iodure de hg n'amène pas d'amélioration.

Impaludé le 14 mai 1928, souche de *plasmod vivax*. Incubation de 10 jours, fièvre d'invasion de 2 jours suivie de 9 grands accès fébriles réguliers de type double tierce dont 5 accès dépassant 40° et un à $41^{\circ}2$. Impaludation bien supportée, arrêtée le 6 juin par quinisation (1 gr. 50 de quinine par la bouche pendant 5 jours).

Dès les derniers accès fébriles, le psychisme du malade se transforme visiblement. L'activité intellectuelle renaît sous toutes ses formes. L'état dépressif disparaît ; le sujet, selon sa propre expression, se sent revivre. Il fait des projets d'avenir logiques et bien coordonnés. Il se rend compte de

l'état de déchéance dans lequel il était tombé et se réjouit de la récupération de ses facultés. Parti en congé de convalescence le 11 juillet, il nous écrit de longues lettres au style vivant et imagé. L'amélioration de son état physique et intellectuel se poursuit.

En fin de congé, il sollicite la reprise de son service car il se sent, dit-il, « régénéré ». Néanmoins, sa satisfaction n'est pas de l'euphorie morbide, son auto-critique est parfaite et il sollicite une affectation en France; afin de pouvoir, le cas échéant, se faire soigner.

Les modifications des réactions humérales confirment pleinement la guérison clinique.

On note, en effet, au 15 octobre 1928 : Sang : Réactions de Wassermann et de Jacobsthal négatives (Hecht sérum non hémolytique).

Liq. céphalo-rachidien :

Tension : 22 avant prélèvement
11 après — de 23 cc. } en position assise.

Sucre : 0,65. — Albumine : 0,60. — 11,4 lymphocytes par mmc.

Réaction de Wassermann fortement positive. Benjoin colloïdal : 00200, 00200, 000.00 : réaction subpositive dans la zone syphilitique.

Soit : négativation du Wassermann sanguin ; atténuation de la positivité de cette réaction et de celle du benjoin dans le L. C.-R. Très forte diminution de l'albuminose et de la lymphocytose rachidiennes.

Le malade se préoccupe de façon normale de son état, et, tout en se sentant en possession de toutes ses facultés physiques et intellectuelles, demande des conseils sur les traitements à suivre dans l'avenir.

L'examen neurologique est négatif. La réflexivité tendineuse est devenue normale. Le tremblement et les achoppements de la parole ont disparu. Un traitement de consolidation est entrepris le 17 octobre par injections intraveineuses de novarsénobenzol.

M. LE PRÉSIDENT. — L'heure est trop avancée pour que la discussion puisse s'engager aujourd'hui. La question est maintenue à l'ordre du jour.

La séance est levée à 6 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, BUSSARD.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROPSYCHIATRIE

Syndrome comitio-parkinsonien. Etude anatomo-clinique, par A. COURTOIS. Thèse de Paris, 1928 (Le François, éditeur).

L'auteur aborde la question de l'épilepsie striée dont il apporte une bibliographie déjà importante surtout étrangère. Il passe en revue les divers états habituellement rapportés à une atteinte des corps striés et qui s'accompagnent parfois d'épilepsie. La partie clinique du travail est consacrée à l'étude de l'épilepsie associée au syndrome parkinsonien.

Après avoir rappelé la rareté de l'épilepsie au cours de l'encéphalite épidémique surtout après la phase aiguë, C... rapporte 5 observations de parkinsoniens chez qui l'encéphalite épidémique peut être tenue comme cause occasionnelle de l'épilepsie. Les accès survinrent soit dès le début de l'affection, soit au cours de la maladie pendant que s'installait la rigidité pallidale.

L'auteur note la même rareté de l'épilepsie au cours de la maladie de Parkinson sénile et en cite une observation.

Enfin, il décrit une association symptomatique qu'il propose d'appeler « syndrome comitio-parkinsonien » caractérisé par l'association d'un état de débilité mentale avec épilepsie et plus tard parkinsonisme. Aucun des 6 malades observés n'a présenté d'épisode infectieux pouvant rappeler l'E. E. aiguë mais tous ont été atteints dans le jeune âge d'une encéphalopathie (d'habitude manifestée par des convulsions) qui paraît être la cause de la déficience mentale, de l'épilepsie à l'adolescence, enfin plus tardivement du parkinsonisme.

L'examen anatomique pratiqué dans un cas a montré une sclérose corticale diffuse avec lésions d'allure infectieuse encore évolutives dans les noyaux gris et le bulbe.

Quant à la forme de la crise épileptique chez ces malades, l'auteur a observé souvent des accès atypiques surtout chez les parkinsoniens encéphalitiques (forme syncopale, convulsions exclusivement toniques, automatisme ambulateur).

Enfin il a constaté que l'installation chez un épileptique d'un syndrome parkinsonien détermine une diminution des accès et parfois les suspend complètement. Il insiste sur cet antagonisme qui paraît exister entre les deux phénomènes. De même, il admet que les accès incomplets ou atypiques peuvent être conditionnés par l'atteinte des corps striés.

L'auteur met donc en relief un syndrome nouveau neuro-psychiatrique intéressant qui touche au problème même de l'épilepsie striée et de ses rapports avec les encéphalites du jeune âge, l'encéphalite épidémique et la maladie de Parkinson.

L. MARCHAND.

Les syndromes névropathiques, par A. HESNARD, 1 vol., in-8°, 250 p. G. Doin éditeur, Bibliothèque des grands syndromes.

Le brillant exposé de M. Hesnard sur les *syndromes névropathiques* intéressera surtout par l'originalité des conceptions et la large utilisation des acquisitions de la psychanalyse.

Hesnard étudie successivement :

Le syndrome neurasthénique qui résulte de l'excitation morbide des appareils végétatifs émotionnel et cœnesthésique. Il consiste en un ensemble de symptômes nerveux surtout somatiques (impression de fatigue, d'épuisement ; céphalalgie ; dyspepsie ; troubles circulatoires).

Le syndrome psychasthénique est la conséquence du fait que le malade ne peut s'épancher affectivement de façon suffisante dans la vie pratique et sociale. Dans ce syndrome dominant des impressions pénibles relatives à l'exercice de la pensée en général et plus particulièrement dans ses rapports avec la réalité extérieure. Il en résulte : tendance au repliement, timidité, honte, doute, scrupule, *infantilisme affectif*, asthénie, phobie et obsessions épisodiques.

Le syndrome anxieux est provoqué par l'hyperexcitabilité de l'appareil émotionnel consécutivement à l'inassouvissement brusque de certaines tendances instinctives. L'essentiel du syndrome est l'angoisse se manifestant sous forme de « crises anxieuses » ou d'anxiété chronique. L'angoisse peut prendre une forme larvée. Son expression, la plus

habituelle est la phobie (craintes humaines ancestrales, craintes relatives à la santé surtout génitale, craintes d'origine infantile, etc.). Parmi les phobies on doit insister sur le syndrome très heureusement et exactement décrit par Hesnard, sous le nom de phobie d'impulsion dont le diagnostic avec l'impulsion vraie est d'importance capitale au point de vue du traitement et de la médecine légale.

Le syndrome d'obsession qui s'observe au cours des deux précédents est, en outre, étudié à part. La psychogénèse de l'obsession n'est pas fortuite ; elle est la reviviscence d'émotions infantiles dont l'anachronisme et le symbolisme font l'absurdité. Elle doit être analysée comme le rêve. Quelques exemples personnels ou empruntés aux psychanalystes étayaient cette théorie ; ils ne sont pas très convaincants, mais Hesnard reconnaît lui-même que l'exploration de l'inconscient par la psychanalyse renferme une part assez considérable d'hypothèse. Avouons du reste que jusqu'ici seuls les psychanalystes ont formulé des hypothèses explicatives de l'obsession.

Le syndrome hystérique très difficile à délimiter est décrit cliniquement comme un ensemble de symptômes d'ordre somatique consistant en modifications sans gravité des grandes fonctions nerveuses.

L'hystérique s'intéresse instinctivement trop à lui-même ; les impressions surtout corporelles qui sont en conflit avec cet égoïsme instinctif ne sont pas intégrées à la conscience.

Le chapitre particulièrement intéressant est celui du mécanisme psychopathologique. Hesnard a sans doute beaucoup de sympathie pour la psychanalyse puisque les disciples de Freud célèbrent avec enthousiasme sa « conversion », mais on sent bien que dans le fond il ne s'est pas évadé de notre antique discipline médicale et organiste. Quelle est pour lui la base de l'étiologie des névroses ? C'est l'hérédité, base « plus matérielle ou biologique que morale ou physiologique ». Si le fils est atteint de névrose parce que le père était alcoolique ou syphilitique ou surmené ou marié avec une proche parente ; il a pu le devenir seulement par suite de *l'imperfection primitive* des neurones qui président à la cœnésthésie, à l'affectivité et au développement des instincts. « La vie instinctive se révélant ainsi, sous le choc des premiers événements, défectueuse à l'origine, le futur nerveux sera facilement désormais la victime de toutes les circonstances... » « Les névropathes sont avant tout des inassouvis de leur être instinctif, qui n'ont pu supporter leur inassouvissement qu'aux dépens de leur santé, c'est-à-dire qu'en réalisant leurs symptômes. »

La pathogénie des névroses selon la psychanalyse orthodoxe nous semblait différente. Nous avions compris jusqu'ici que la névrose est un fait *individuel* et *acquis*, résultant d'une cause extérieure de mécanisme uniquement psychogène : choc affectif, dramatique, refoulement, compression violente des tendances par la vie sociale, etc. Ne trouvant pas de semblables drames dans les antécédents de la plupart des névrosés nous restions sceptiques devant ces pathogénies qui s'échafaudent en matériaux psychologiques ou sociologiques, *comme si le système nerveux n'existait pas*. L'attitude « bilatérale » du Pr Hesnard concilie bien des choses et permet d'accepter beaucoup d'explications psychanalytiques de la symptomatologie des névroses.

P. GUIRAUD.

PSYCHANALYSE

Psychologie collective et analyse du Moi, par le Dr Sigm. FREUD, professeur à la Faculté de Médecine de Vienne. (1 vol. in-8°, 118 pages, trad. de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur par le Dr S. JANKÉLÉVITCH, Payot, édit., Paris, 1924).

Le Professeur Sigm. Freud n'admet pas que le facteur numérique soit capable, à lui seul, de faire naître dans la vie psychique de l'homme un instinct nouveau. Pour lui, cet instinct est loin d'être un instinct primaire et irréductible et il existe déjà, au moins à l'état d'ébauche, dans des cercles plus étroits, comme celui de la famille.

Dans ce travail, qui ne vise qu'à préciser et élucider quelques points de la psychologie collective, l'auteur expose d'abord les idées de M. Gustave Le Bon sur la psychologie des foules et sur l'« âme collective ». Pour lui, la partie originale de l'œuvre de M. Le Bon réside en sa conception de l'inconscient et en la comparaison de la vie des foules avec la vie psychique des primitifs.

Dans la foule, ce processus subit une amplification : la foule ressemble à l'état hypnotique par la nature des instincts qui en assurent la cohésion et par la substitution de l'objet à l'idéal du moi ; mais, dans la foule, s'ajoute à tous ces traits l'identification de chaque individu avec tous les autres.

Le professeur Freud voit dans l'hypnose et dans la formation collective des survivances héréditaires de la philogénie de la libido humaine.

René CHARPENTIER.

Le roman d'une épidémie parisienne. Le vol à l'étalage, par le Dr ANTHEAUME. (1 vol., 228 pages, Douin, éditeur, 1925).

Tout le monde connaît maintenant la théorie que M. Antheaume a développée récemment à l'Académie de Médecine et à la Société de Médecine légale, par laquelle il démontre que la kleptomanie doit disparaître des cadres psychiatriques. Son livre développe les idées qu'il avait précédemment défendues ; aux considérations médico-légales, il ajoute les résultats d'une enquête récente effectuée dans les grands magasins parisiens et un essai de prophylaxie du vol à l'étalage.

D'après lui, la conception du vol kleptomane, inconnue dans la plupart des pays étrangers, a été trop utile à de nombreux voleurs professionnels, et il considère qu'elle a été socialement néfaste. Ces voleurs auxquelles M. Antheaume fait allusion seraient simplement des débilés de la volonté ; la répression pénale serait la meilleure mesure à prendre pour guérir les sujets et diminuer la contagion.

P. CARRETTE.

Les grands narcotiques sociaux, par le Docteur LEGRAIN (1 vol. in-8°, 460 pages N. Maloine, édit., Paris, 1925).

Dans ce nouveau volume, M. Legrain, avec sa foi d'apôtre et sa grande compétence spéciale, expose une fois de plus, en un style plein de conviction et d'images, les motifs et le but de la campagne d'abstinence toxique qu'il a menée pendant toute sa carrière avec le succès que l'on sait.

Il fait un exposé très complet et très démonstratif de l'histoire, des raisons et des méfaits individuels et sociaux de l'opium et de ses dérivés, du tabac et de l'alcool.

Puis, après avoir montré ce qu'est l'ivresse et ce qu'on y trouve, M. Legrain termine par l'indication des remèdes à ces fléaux sociaux. Apôtre de l'abstinence totale, il dénonce la faillite des méthodes basées sur la modération et conclut que, seule, la prohibition peut amener la disparition de l'alcool.

René CHARPENTIER.

L'innervation périphérique, par le Dr Emile VILLIGER, de Bâle (1 vol. in-8, 214 pages, Librairie Le François, 1925).

Exposé de l'anatomie descriptive et topographique des nerfs rachidiens et crâniens et du système sympathique,

avec de nombreux schémas très clairs indiquant la distribution des territoires nerveux et l'innervation segmentaire des muscles. Les descriptions sont complétées, après l'étude de chaque groupe nerveux, par des considérations portant sur la physiologie et la pathologie. Ce livre présente donc d'une manière très commode l'ensemble des notions utiles à la connaissance du système nerveux périphérique.

P. CARRETTE.

Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, publiés sous la direction du *Professeur PFERSDORFF*, VI, 1928. (1 vol., in-8°, 238 pages, 4 planches. Les Editions Universitaires de Strasbourg).

La plus grande partie de ce tome est consacrée par le *Professeur Pfersdorff* à l'étude des *aphasies d'évocation (Pitres)* et de leurs rapports avec les troubles psychotiques du langage, à propos de quatre cas d'amnésie, dont les deux premiers présentent exclusivement de la paraphrasie littérale et les deux derniers exclusivement de la paraphrasie verbale. Les amnésiques avec paraphrasie verbale présentent des troubles surtout du langage intérieur et de l'endophasie. Les amnésiques avec paraphrasie littérale présentent des troubles de l'endophasie seule.

L'Assistance aux psychopathes (aliénés et non aliénés) en Algérie, par le D^r Paul SAUZAY. Thèse d'Alger, 1925.

Les malades atteints de troubles mentaux ne bénéficient en Algérie d'aucun mode d'assistance moderne. Les aliénés sont envoyés dans la Métropole. L'enseignement psychiatrique est inexistant à la faculté d'Alger. Les projets de deux commissions nommées, la première en 1912, l'autre en 1924, de créer un Asile à Blida, des services départementaux hospitaliers et de transformer le centre de triage à l'hôpital de Mustapha en un service de Clinique des Maladies Mentales n'ont pas jusqu'ici trouvé auprès des pouvoirs administratifs le crédit qu'ils méritaient.

L'ouvrage du D^r Sauzay a le mérite de rappeler que le nouveau programme d'assistance élaboré répond à une nécessité et doit être exécuté intégralement. Les dispositions légales antérieurement prévues par des circulaires préfectorales pour les individus atteints d'aliénation mentale exigent pour le placement, outre un certificat médical et une demande, un procès-verbal de l'autorité locale, complété

par les témoignages de quatre personnes au moins. Il faut espérer que ces mesures injustifiées, — causes de complications pour l'admission dans les cas urgents, causes aussi de l'hostilité des malades et des familles, auxquels répugnent toutes ces inquisitions, — tomberont d'elles-mêmes à l'avènement d'un nouveau régime plus conforme aux tendances nouvelles de l'assistance psychiatrique.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

La radiothérapie dans l'hyperthyroïdisme, par le D^r Vicente Carulla RIERA (*Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, Madrid, 7 juillet 1928).

Le traitement s'adresse surtout aux Basedow graves et aigus avec hypertrophie diffuse, aux syndromes vagues sans tumeur véritable. On doit avertir le malade que la cure dure au moins un an. La technique de l'irradiation ne saurait être trop soignée ; il faut éviter les glandes salivaires, utiliser des doses de Röntgen suffisantes sans provoquer de troubles immédiats ou secondaires ; la peau du cou ne doit ni se pigmenter, ni s'altérer d'aucune manière. Il n'y a pas d'autre traitement à adjoindre pendant la cure, sauf le repos moral et physique, un régime alimentaire de grande valeur énergétique et facilement assimilable. L'auteur recommande encore de surveiller l'état affectif du patient ; les émotions pénibles provoquées par la faute de l'entourage amènent souvent des poussées d'activité toxique de la glande. L'ambiance doit être optimiste.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étiopathogénie de la crise d'asthme et son traitement par la psychothérapie, par le D^r Francisco GARDEY (*La Semana Medica*, Buenos-Ayres, 20 septembre 1928).

Après avoir épuisé les traitements hygiénique, diététique, pharmacologique et les interventions locales sur l'appareil

respiratoire, il ne faut pas perdre de vue les ressources du traitement moral : suggestion aidée par la gymnastique respiratoire. Le rôle nocif de l'imagination est indéniable chez l'asthmatique. Des crises peuvent cesser au cours d'une maladie aiguë, après un choc affectif violent (deuil, incendie, naufrage) ; elles peuvent apparaître à la vue d'une fleur artificielle chez des sujets souffrant d'asthme quand ils respirent le parfum de la rose ; des malades ont leurs attaques à heures, à jours fixes ou quand ils pénètrent dans leur maison, changent de quartier, ou sont guéris quand ils s'éloignent de leur localité, montent en chemin de fer.

P. CARRETTE.

La fièvre et la tachycardie dans les tumeurs cérébrales, par le Dr GONZALO R. LAFORA (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, Madrid, 26 mai 1928).

Il y a longtemps que l'élévation de la température et l'accélération du pouls parfois constatées dans les tumeurs du cerveau ont incité les auteurs à rechercher des centres régulateurs encéphaliques. Le cas de M. Lafora est celui d'un jeune sujet atteint d'un fibro-sarcome de la région pariétale gauche énucléé par une intervention chirurgicale suivie d'une mort rapide. De l'observation clinique et anatomo-pathologique très complète, il résulte que la fièvre paraît liée à des altérations de centres vasomoteurs corticaux de la région sensitivo-motrice, les véritables centres cérébraux de la régulation thermique étant situés ailleurs (région infundibulaire, girus fornicatus, noyau caudé). La tachycardie serait liée à la compression secondaire qui, au niveau du plancher du 4^e ventricule, provoquerait la paralysie du centre du vague.

P. CARRETTE.

PÉDAGOGIE

L'hygiène mentale à l'école, par le Dr Teodoro A. TONINA. (*La Semana Médica*, Buenos-Ayres, 28 juin 1928).

Le résultat de l'expérience des pédagogues et de celle de l'auteur, médecin de l'Hospice des Enfants, permet d'affirmer : 1^o que les énergies physique et mentale varient dans le cours d'une journée en direction contraire et que la fatigue intellectuelle augmente beaucoup plus rapidement

l'après-midi que le matin ; 2° la nécessité d'écourter la durée des cours et de les séparer par des récréations ; 3° que le nombre d'élèves d'une même classe est en général trop élevé. L'auteur considère l'initiation sexuelle comme une partie essentielle de l'éducation de l'adolescent.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Charles II « l'Enchanté ». — Le dernier représentant de la branche aînée de la maison d'Autriche en Espagne était atteint de troubles mentaux graves ; son entourage le crut victime d'un mal mystérieux ; son confesseur et le grand inquisiteur Rocaberti, persuadés par les manœuvres d'un moine dominicain, reconnaissaient au mal dont souffrait le roi une origine démoniaque. Cette croyance fut d'ailleurs accréditée par les interventions de la cour de Vienne, car l'Empereur d'Autriche tenait de la bouche d'une possédée la confirmation de l'enchantement du roi.

M. J. Sanchis Banús, de Madrid, dans une conférence faite à Bilbao et que reproduisent les « *Archivos de med., cir. y esp.* » (18-8-1928), a brillamment démontré qu'on pouvait assigner à la maladie de Charles II une étiologie un peu plus scientifique. Ce Charles II descend en ligne directe de Philippe le Beau et de Jeanne la Folle par une succession de mariages consanguins. C'est à ces deux derniers qu'il faut remonter pour étudier les dispositions héréditaires des rois de la maison d'Autriche en Espagne. Du côté de Jeanne la Folle nous trouvons une double hérédité pathologique : celle de la maison de Portugal commençant par la grand'mère de Jeanne, mère d'Isabelle la Catholique, atteinte de psychose puerpérale, puis de mélancolie sénile et aboutissant à ce romantique don Carlos, fils de Philippe II, qui inspira Chénier, Schiller et Alfieri et pourrait servir de pâture aux psychiatres modernes qui ne manqueraient pas de trouver ce triste personnage atteint des signes caractéristiques de la schizophrénie ; — celle de la maison de Castille, représentée surtout par des psychopathes et en particulier par des sujets anormaux du point de vue sexuel : Jean II et Henri IV l'Impuissant, père et frère de la Reine Catholique. Du côté de Philippe le Beau nous trouvons, par l'ascendance maternelle, l'héritage pathologique de la famille de Bourgogne : migraines, crises névropathiques et troubles du caractère bien connus dans l'histoire de princes qui ont été stigmatisés et popularisés par des surnoms : Philippe le Hardi, Jean sans

Peur, Charles le Téméraire. Le fils de Jeanne la Folle et de Philippe, Charles-Quint, était un épileptique.

M. J. Sanchis Banús fait justement remarquer que de ces trois tares héréditaires : épilepsie (Bourgogne), perversions instinctives (Castille), schizophrénie (Portugal), les deux dernières vont avoir une tendance à disparaître dans la descendance parce que la démence précoce et les anomalies sexuelles sont des affections peu compatibles avec le mariage et la constitution d'une famille. C'est donc l'épilepsie* qui aura le plus de chance de se perpétuer et le conférencier montre qu'en fait d'enchantement, Charles II était tout simplement atteint d'épilepsie.

Quand Charles vient au monde sa mère souffre depuis longtemps de migraines et son frère est mort à 4 ans de crises convulsives. Il a une enfance normale ; l'éveil de son intelligence est précoce ; son sérieux, sa clairvoyance sont admirés au milieu de la lutte des partis pendant la Régence. Puis il présente des crises comitiales typiques dont les descriptions par les historiens et les diplomates nous sont restées. Il devient coléreux, indécis, versatile, poltron, hypocrite, obséquieux. Enfin il a quelques raptus anxieux, des accès de torpeur. Charles II meurt en 1700, à 39 ans, dément, sans héritier direct et déchaîne par ses dispositions testamentaires la guerre de Succession d'Espagne.

P. CARRETTE.

La stomatite purulente dans la confusion mentale, par les D^{rs} NERIO ROJAS et JOSÉ C. BELBEY. *La Semana Medica*, Buenos-Ayres, 23-8-1928.

Plusieurs cas observés par les auteurs présentaient un ensemble clinique identique : apparition d'accès fébriles avec stomatite diffuse au cours d'une confusion mentale. Le pronostic en était très assombri. On voit cette complication de préférence chez des femmes en état d'hypothyroïdie en dehors de toute infection locale initiale. L'état de dénutrition favorise le développement des germes pathogènes dans la cavité buccale.

P. CARRETTE.

La législation manicomiale espagnole dans la théorie et la pratique, par le D^r JAIME ESCALAS REAL. *Archivos de Neurobiologia*, mai-juin 1927.

Les règlements espagnols sont fixés par la Real Orden du 19 mai 1885 et les suivantes. Les conditions d'admission à

L'Asile sont : présentation d'un certificat signé par deux médecins (le placement spontané n'existe pas) ; visa du sub-délégué équivalant à une légalisation ; rapport médical venant de la mairie ; demande d'entrée du parent le plus proche ; autorisation de la Commission Provinciale, laquelle siège tous les huit jours ; dans les cas urgents, un ordre du gouverneur suffit. Le médecin de l'Asile ne peut admettre un malade si l'urgence n'est pas déclarée. En attendant, on utilise les cellules municipales de détention et cela peut durer des semaines.

Le malade est entré ; ou bien il est en observation temporaire ; ou bien en réclusion définitive suivant les ordres donnés avant l'admission. Dans le premier cas, on veut soustraire un sujet peu atteint au contact des aliénés évidents. S'il y a récédive, on procède à la réclusion immédiate. Si un malade placé une première fois en observation sort guéri après quelques semaines de séjour à l'Asile, il pourra présenter de nombreux accès, pourvu qu'ils soient courts, sans être en réclusion. De même un malade riche atteint de psychose intermittente, ayant les moyens de changer de maison de santé à chaque accès, laissera ignorer ses placements antérieurs et échappera à la réclusion immédiate ; mais alors, si sa famille veut un internement rapide, elle ne bénéficie pas des simplifications administratives réservées aux récidivistes.

La sortie provisoire est accordée après demande de la famille au gouverneur et rapport favorable du médecin. En réalité, il n'y a pas de solution commune. Chaque province, chaque Asile adopte un usage différent. En somme, beaucoup de précautions à l'entrée et trop peu à la sortie. Dans chaque Asile la loi impose un département spécial pour les criminels. Il doit y avoir au minimum un Asile par province ; les députations peuvent se faire aider par des entreprises particulières ; les initiatives administratives retirent beaucoup d'autorité au médecin. Les statistiques sont mal tenues ou fausses parce que le personnel qui en est chargé est incompetent.

Les inspections doivent théoriquement être multiples, répétées et faites par surprise. Le directeur général de la Bienfaisance et de la Santé, le gouverneur civil, le maire, les sub-délégués de médecine en sont chargés ; cela fait beaucoup de monde, mais pas de spécialistes. Le recrutement n'existe ni pour les médecins, ni pour les internes, ni pour les infirmiers ; les soldes étant ridiculement peu élevées, le personnel manque d'enthousiasme. La *Real Orden* du 28 juillet 1925 considère que « un des problèmes les plus négligés

en Espagne, est, sans aucun doute, celui qui se rapporte au diagnostic et à l'assistance des aliénés », qu'on n'apprend pas la psychiatrie dans les Asiles faute d'un personnel apte, que « la législation est ancienne et en désaccord avec les tendances scientifiques modernes... » Et elle nomme une commission spéciale, chargée d'étudier l'affaire.

P. CARRETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 19 novembre 1928

Un délinquant de race asiatique, par MM. A. MARIE et MIQUEL. — Malade chinois délirant chronique avec idées de persécution et hallucinations auditives. Au début, il semblait atteint de délire de possession par les serpents, en réalité il s'agissait d'une suggestion de ver solitaire que le malade ne semble pas avoir retenu longtemps.

Délire imaginatif et graphorrée mélancolique, par MM. J. CAPGRAS et Anne DE MAXIMOVITCH. — Malade de 32 ans qui a toujours été impressionnable, asthénique. A la suite de la mort de sa mère, crise de mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, d'auto-accusation, de négation d'organes. Amélioration. Elle apprend brutalement l'infidélité de son mari, et elle fait un délire d'énormité ; elle est la bête de l'apocalypse. Loin de s'accuser, elle invective Dieu dans les termes les plus violents. Ton et attitudes théâtrales ; nombreux écrits : 25 cahiers remplis de sa main. Bref, délire secondaire à la mélancolie présentant aujourd'hui les caractères d'un état maniaque ou du moins d'un état mixte.

Bouffée délirante de dépaysement immédiat ou fugue de démence précoce, par P. COURBON et J. RONDEPIERRE. — Présentation d'une paysanne de 23 ans, bonne à tout faire qui, hantée du désir d'habiter Paris, partit un beau matin pour la capitale avec 3.500 fr. d'économie, sans aucune recommandation ni aucune adresse. Le soir même de son arrivée, après avoir vainement demandé à être embauchée dans des hôtels, elle fut recueillie par des agents qui, devant la bizarrerie de son allure, la conduisirent à l'infirmerie du Dépôt. L'état confusionnel et anxieux disparut en quelques jours, et l'intéressée qui a conscience de la sottise de son entreprise, paraît guérie si elle ne conservait encore un certain maniérisme qui laisse craindre un début de démence précoce. Le voyage de nature pathologique, serait plutôt une fugue dementielle.

Hémorragie méningée au cours d'une manie atypique chez un tuberculeux, par P. LELONG. — Femme de 45 ans, bacillaire avérée, qui est atteinte depuis 6 mois d'un état d'excitation psychique avec euphorie, idées mystiques, érotiques et d'influence, phénomènes intuitifs, attribués à Dieu. En Septembre dernier, elle fait une hémorragie méningée, parfaitement guérie depuis, sans modification de l'état mental. L'auteur discute l'origine tuberculeuse de cet accident, du moins associée au facteur vasculaire (hypertension 18-11 au Pachon).

Bradykinésie. Troubles de l'affectivité sans déficit chez un malade ayant présenté un syndrome de Little complet, par B. CAILLEUX. — L'auteur attire l'attention sur la discordance existant entre l'impression d'apparente imbécillité donnée par le malade et son niveau mental réel contrôlé par les tests de Binet et Simon, sur les réactions émotives du sujet ayant un aspect explosif et puéril, sur les obsessions impulsives qui déterminent ses crises d'agitation, sur le syndrome de Little indubitable, révélé par les antécédents. Le malade réaliserait donc une forme clinique spéciale du syndrome de Little, intermédiaire aux formes cérébrales avec idiotie et aux formes avec paralysie pseudo-bulbaire, caractérisée par des troubles moteurs et affectifs sans atteinte de l'intelligence.

Lésions de l'encéphale dans un cas de psychose périodique, par L. MARCHAND. — Au cours d'une psychose périodique se traduisant depuis 15 ans par des alternances de phases d'excitation et de phases de dépression avec périodes intercalaires très courtes, la malade est emportée en 48 heures par une pneumonie. L'examen anatomique de l'encéphale décèle des lésions de méningite chronique cérébrale et cérébelleuse; par place, la pie-mère, absolument soudée au cortex, présente en outre par places des traînées de cellules embryonnaires indiquant un processus subaigu. Dans la région infundibulaire, lésion nette de périvascularite et prolifération de l'épithélium ventriculaire. Cette localisation de l'encéphalite permet d'expliquer l'adiposité, la polyurie et la polydipsie présentées par la malade. Quant aux accès maniaques et dépressifs, ils peuvent être considérés comme déterminés par des poussées évolutives de méningite subaiguë au cours d'une méningite chronique.

Syphilis du névraxe et psychose hallucinatoire, par M. SENGÈS. — Malade âgé de 29 ans, atteint de syphilis du névraxe,

faisant penser à un début de paralysie générale. Un traitement par le stovarsol, démasque un syndrome hallucinatoire qui évolue depuis 1 an 1/2.

Déformations hypertrophiques et pertes de substance des os du crâne. Hémispasme facial. Surdité, hallucinations auditives. Délire mégalomane, par M. SENGÈS. — Femme de 74 ans présentant une déformation pseudo-hydroc phalique du crâne avec une grosse perte de substance. Hémispasme facial et surdité pouvant faire penser à un processus compressif au niveau des rochers. En même temps, évolue un délire mégalomane avec hallucinations auditives verbales.

Confusion mentale, délire, onirisme, par R. BENON. — Ces trois  tats syndromiques sont susceptibles de se présenter à l'état isolé. Ils sont souvent groupés, d'où la difficulté du problème clinique de la confusion mentale.

Facies thymic s, par M. TRÉNEL. — Jeune fille atteinte d'arriération mentale avec exagération des réflexes tendineux manifestant un état spasmodique fruste. C d me dur, prédominant aux membres inférieurs. Visage p le, peau lisse, c d me mou, bajoues pendantes, crâne acroc phale donnant à la face un aspect piriforme ; tachycardie légère et labilité cardiaque (80 à 100) ; absence d'adénite ; rate non augmentée de volume ; néanmoins, cette malade, si elle ne présente pas d'une façon complète le *status thymico-lymphaticus* de Paltauf, peut-être du moins considérée comme ayant un *facies thymicus*. T. a observé un autre cas où ce facies existerait typiquement et où il a trouvé à l'autopsie une persistance d'abondants follicules thymiques.

L. MARCHAND.

Société de Psychiatrie

Séance de Novembre 1928

1  Palilalie chez un parkinsonien encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD présentent un parkinsonien encéphalitique atteint d'une palilalie conforme aux descriptions classiques.

2  Ronronnement palilalique chez un parkinsonien encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. BONNARD. — La

dysphémie précède les paroles. Elle consiste en un ronronnement comparable au bruit de la mise en marche d'une batteuse. Elle est marquée surtout dans le langage provoqué. Elle alterne parfois avec une palilalie légitime qui se transforme insensiblement en ronronnement. Les auteurs se demandent s'ils ne sont pas en présence d'une modalité atypique de palilalie qu'ils proposent d'appeler Ronronnement palilalique.

3° Délire de gynécopathie interne chez un débile mental interpréteur, ancien syphilitique, avec aortite et hypertrophie prostatique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, PAPILLAUT et R. BONNARD présentent un débile mental qui a des hallucinations visuelles et surtout auditives et qui attribue à une femme entrée en lui les douleurs d'une aortite chronique thoracique et abdominale et l'hyperexcitabilité génitale d'une lésion prostatique chronique.

4° Délire spirite, obsessions et pithiatisme, par MM. LÉVY-VALENSI, PICARD et SONN. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade prédisposée (association d'éléments pithiatiques et obsessionnels), qui, à la suite de pratiques spirites, a présenté un délire de possession diabolique avec hyperendophasies, hallucinations verbales, kinesthésiques et psychomotrices, aboutissant par l'intermédiaire d'un sentiment d'influence à un véritable dédoublement de la personnalité. Il est à noter chez cette malade, outre la dramatisation de sa présentation et l'exagération manifeste des symptômes au cours de chaque examen, le caractère obsessionnel de certains phénomènes hallucinatoires, faits qui semblent indiquer qu'il peut exister une véritable constitution automatique à la base de certains délires où semblent prédominer les hallucinations psychiques et psychomotrices.

5° Bouffée délirante chez une démoniaque, guérie par suggestion, par J. VINCHON et Henri DESOILE. — Une femme consent à prêter son concours à des pratiques magiques destinées à réincarner une morte. Elle devient en proie à des hallucinations auditives auxquelles elle obéit. Mais les voix des esprits deviennent menaçantes et prédisent la damnation. La malade s'enfuit de chez elle en proie à une crise d'anxiété ; l'isolement et la suggestion ramènent vite l'état normal. A propos de cette observation, les auteurs insistent pour que l'on conserve en psychiatrie le terme de démoniaque dont le sens est très précis. S'ils admettent le délire dans leur cas, c'est sur la croyance inconsiderée aux

hallucinations et non sur la croyance aux démons, qui est article de foi dans toutes les religions. Ils soulèvent ainsi une importante discussion médico-légale en opposant le délire à la croyance. Ils signalent de plus le danger du spiritisme.

6° Guérison rapide d'une influence catatonique (Démence paranoïde ?) à la suite de vaccination antityphique. — Mlle PASCAL, MM. J. VIE et AGASSE présentent une femme qui eut depuis novembre 1927 un syndrome d'influence avec hallucinations psychiques, auditivo-motrices ; des troubles cénesthésiques ; des hallucinations olfactives et gustatives vraies ; des idées délirantes de persécution non systématisées, des troubles psycho-moteurs de la série catatonique. La multiplicité des signes et la dissociation mentale en faisaient une démence paranoïde. La vaccination antityphique donna lieu à une réaction pyrétique violente, suivie de la disparition rapide de tous les troubles. Il semble qu'on puisse parler de guérison.

7° Etude d'un cas d'hystérie. — M. J. TINEL et Mme G. MICHON présentent l'étude très instructive d'un cas d'hystérie. Chez cette jeune fille, les crises de défaillance, les secousses nerveuses en sauts de carpe, les paralysies transitoires ou contractures passagères des membres inférieurs — datant de six mois et survenues après de violentes émotions — ont disparu en quelques heures à l'hôpital après une scène violente de réprimandes.

C'est donc un cas bien authentique d'hystérie.

Cependant on constatait avant la guérison une arythmie extra-systolique et des troubles de l'équilibre végétatif, complètement disparus après la guérison. Les troubles apparaissent comme la preuve de l'état physiologique spécial qui conditionnait les manifestations hystériques, en leur donnant par conséquent un caractère de véritable authenticité physiologique.

Les auteurs ont pu d'autre part dépister chez cette malade un véritable « réflexe conditionnel » artificiellement créé par un choc émotif et survivant à ce choc. C'est un mécanisme psycho-physiologique qui semble être fréquent dans la genèse des troubles névropathiques.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Les nouveaux traitements des médecins des Asiles

Décret du 25 novembre 1928 (1)

Le Président de la République française,
Sur le rapport du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de
l'Assistance et de la Prévoyance sociales :

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu les décrets des 27 mai 1926, 13 mai 1927, 6 août 1927
et 29 mars 1928 ;

Vu les décrets des 10 octobre 1919 et 11 mai 1927,

Décète :

ARTICLE PREMIER. — L'article premier du décret du 29 mars 1928, précité, est modifié ainsi qu'il suit :

Les classes et traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs de service du cadre des Asiles publics d'aliénés sont fixés de la manière suivante :

7 ^e classe	24.000 fr.
6 ^e classe	25.500 »
5 ^e classe	27.000 »
4 ^e classe	28.500 »
3 ^e classe	30.000 »
2 ^e classe	32.000 »
1 ^{re} classe	34.000 »
Classe exceptionnelle	36.000 »

ART. 2. — L'article 2 du décret du 29 mars 1928 précité est modifié ainsi qu'il suit :

Les classes et traitements des directeurs administratifs des Asiles publics d'aliénés, autres que ceux du département de la Seine, sont fixés de la manière suivante :

5 ^e classe	27.000 fr.
4 ^e classe	28.500 »
3 ^e classe	30.000 »
2 ^e classe	32.000 »
1 ^{re} classe	34.000 »
Classe exceptionnelle	36.000 »

(1) Comme les précédents, ce décret ne sera pas publié à l'Officiel mais sera envoyé aux Préfets par voie de circulaire.

ART. 3. — Les améliorations de traitement prévues par les articles 1 et 2 du présent décret auront effet à dater du 1^{er} janvier 1928.

Leur attribution ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des directeurs-médecins, médecins chefs de service et directeurs administratifs, dans leur classe respective, comptera dans leur dernière promotion.

ART. 4. — Il n'est apporté aucune modification aux dispositions des articles 3, 4, 5, 6, 7, 8 du décret du 29 mars 1928 et les divers reclassements dont ils faisaient l'objet seront effectués sur la base des traitements prévus aux articles 1 et 2 du présent décret.

ART. 5. — Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

Fait à Paris le 25 novembre 1928.

Signé : G. DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

*Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance
et de la Prévoyance sociales :*

Signé : LOUCHEUR.

Vacances de postes. — Un poste de médecin-chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le D^r Demay, reçu au concours des asiles de la Seine.

Le poste de médecin-chef de service du quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Tours (Indre-et-Loire), sera prochainement vacant, par suite du départ de M. le D^r Pignède.

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a décerné le prix Larrey de 1928 à MM. FRIBOURG-BLANC, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et RODIET, médecin-chef à l'asile de Ville-Evrard, pour leur ouvrage intitulé : « La folie et la guerre de 1914-1918 ».

CLINICAT DES MALADIES MENTALES

Mlle SERIN, MM. MORLAAS, MALE et SCHIFF viennent d'être nommés chefs de clinique de M. le prof CLAUDE.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

En raison de nécessités locales, la 33^e session se tiendra à Barcelone du 21 au 26 mai 1929 au lieu de la date primitivement fixée.

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1928

Chroniques

Impressions médico-psychologiques de Portugal, par Paul COURBON, tome I, p.	5
Le recrutement des Médecins des Asiles, par H. COLIN	97
Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'asile, par G. DEMAY	193
Le placement volontaire des indigents à l'asile. L'auto-placement volontaire, par M. BEAUSSART	289
Le Centenaire de la Maison de Santé de St-Cyprien, par E. CANTEGRIEL, tome II, p.	5
Esquirol et les débuts de l'enseignement de la Psychiatrie à Edimbourg, par Henri COLIN	97
Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes d'Anvers (23 au 28 juillet 1928), par Paul COURBON	193
Un voyage d'études dans les asiles de Hollande, par M. Paul COURBON	289, 385

Articles originaux

Henri DAMAYE et Stanislas WARSZAWSKI. — Guérison et séquelles du délire aigu. tome I, p.	26
G. HALBERSTADT. — La critique du témoignage	32
V. OSSIPOV. — Sur le traitement de la démence paralytique	101
P. GUIRAUD. — Souvenirs d'enfance et Idées de Grandeur	204
Prof. OJ.-S. TROCHINE. — La Démence.....	307, 396
REVAULT-D'ALLONES — Lettres d'Argentine.....	220, 385, 388
H. BARUK et F. MOREL. — Contribution à l'étude de la Psychologie et de la Physiologie pathologique de l'hébéphéno-catatonie. Ses phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection, tome II, p.	12
M. NATHAN et Mlle L. DESBROUSSE. — Les désenchantés de la schizoldie	38
F.-J. SCÉMAN. — Rêves organo-génésiques.....	64
H. DAMAYE. — Importance des associations en clinique mentale .	107
J. VINCHON et J. VRIÉ. — Un maître de la neuropsychiatrie au XVII ^e siècle : Thomas Willis (1662-1675).....	109
R. MALLET. — Obsession et Délire.....	220
G. HALBERSTADT. — La mélancolie présénile et ses variétés cliniques	307
D. SANTENOISE. — Recherches et considérations physiologiques sur l'excitation psychique et la démence précoce.....	326
M. NATHAN. — Les Décalés.....	341

Documents cliniques

- A. GORDON. — Hallucinosé comme entité clinique, tome I, 211

Médecine légale

- E. MARTINOT. — Un cas de simulation de délire systématisé .. 68

Société Médico-Psychologique

- Séance du lundi 26 décembre 1927. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE : Subvention du Conseil municipal ; Elections. — SÉANCE ORDINAIRE : Correspondance : MM. Vignaud, Noël Plouffe. — Rapport de M. Rogues de Fursac sur la candidature de M. Minkowski (élection) — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. H. Beaudouin (élection). — Une érotomanie médicale. Considérations sur l'érotomanie féminine, par MM. Roger Dupouy et Jean Picard. Discussion : MM. Dupouy, G. de Clérambault. — Encéphalite épidémique avec épilepsie et myoclonies, par MM. P. Guiraud et A. Thomas. — Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce, par M. L. Marchand. Discussion : MM. Guiraud et J. Séglas. — Du rôle de la constitution mentale sur les avatars sociaux de l'existence : Etapes de la vie d'une psychasthénique cyclique par MM. Paul Courbon et Omer Noël, tome I, p. 40
- Séance du 30 janvier 1928. — Correspondance : MM. Janet, Beaudouin, Minkowski, Boven, Repond, Douglas A. Thom, Wörth; Lord, Minian-Bruce, Shaw-Bolton, le Président de la Chambre des Députés, Deron. — Allocution de M. Legrain, Président sortant. — Allocution de M. Leroy, Président. — Rapport de la Commission des Finances, par M. Semelaigne. — Prix de la Société. — Rapport de M. Charpentier sur les candidatures de MM. Noël et Plouffe (élection). — Pseudo-mélancolie hystérique, par M. J. Laitier. Discussion : MM. Janet, Collin. — Hallucinations visuelles élémentaires et conscientes dans un cas de décollement rétinien : Intégration secondaire dans un système délirant. — Le syndrome hallucinatoire du décollement de la rétine, par MM. Targowla et Picard. Discussion : MM. Janet, Guiraud, Trénel, Targowla 110
- Séance du 27 février 1928. — Correspondance : M. Lauzier. — Amélioration rapide d'une paralytique générale cachectique et gâteuse par le Stovarsol associé au Dmelcos (vaccin antichancrelleux de Nicolle), par Mlle Pascal, R. Abramovitz et Briau. Discussion : MM. Barbé, Trénel, Briau, Leroy. — Un cas de surdité hystérique, datant de 28 ans, par MM. Xavier Abély et Dupont. Discussion : MM. Guiraud, Janet, Capgras, Abély, Raynier, Leroy. — Souvenirs infantiles et idées de grandeur, par M. Guiraud. — Sur un cas de simulation de troubles mentaux ayant duré de novembre 1920 à janvier 1922, par MM. Lagriffe et Sengès. — Mélancolie et asthénie-manie alterne, par M. Benon. (Sommaire : *Étiologie générale de la psychose périodique. Mélancolie vraie et asthénie secondaire. Accès asthénomaniaque : guérison, manie chronique, manie intermittente, asthénie-manie alterne et circulaire.* — Diagnostic, —

<i>Réactions délétueuses et criminelles. Observation. Conclusion</i>	222
<i>Séance du 26 mars 1928. — Correspondance : M. Noël. — Rapport sur la candidature de M. Lauzier, Médecin-Chef à l'Asile de Clermont (Oise) au titre de membre correspondant, par M. Beaudouin (élection). — Recherches et considérations physiologiques sur l'Excitation psychique et la Démence précoce, par M. Santenoisé. — Séquelles psycho-organiques d'encéphalite épidémique. — Evolution lente vers la guérison, par M. Lautier. Discussion : MM. Guiraud, Lautier. — Evolution psychologique d'une schizophrène, par M. Lelong, Commentaires, Conclusion</i>	340
<i>Séance du lundi 30 avril 1928. — Correspondance : MM. les Docteurs Lauzier, Noël et René Charpentier. — Mort inopinée de M. le Professeur Pitres (M. Leroy). — Attentat contre le Dr Jean Salomon (M. Leroy). — De la survivance de l'affectivité au naufrage de l'intelligence dans certaines psychoses chroniques (M. Paul Courbon). Discussion : MM. P. Janet, Guiraud, Minkowski, Courbon. — Psychose paranoïaque à forme hallucinatoire (MM. R. Dupouy, J. Picard et P. Masquin)</i>	415
<i>Séance du 26 mai 1928. — Correspondance : MM. Blondel, Leroy. — Rapport de M. Guiraud sur le prix Aubanel, récompense à Mlle Chiarli — Rapport sur le prix Moreau, de Tours, attribution à M. Baruk. — Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphéno-catatonie; les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection (présentation de malade), par MM. Baruk et Morel de Genève. — Le parégorisme : opiomanie. A propos d'un nouveau cas, par M. Trénel et P. Lelong. Discussion : MM. Leroy, Dupouy, de Clérambault, Beaudouin, tome II, p.</i>	76
<i>Séance du 25 juin 1928. — Correspondance : M. Baruk, Mlle Chiarli, Dr J. Salomon, Dr Truelle, Dr Laignel-Lavastine. Un cas du vol de la pensée, par Pierre Janet. Discussion : MM. Dide, Lhermitte, Janet. — La statistique des aliénés en Suisse, par le Dr H. Bersot (Neuchâtel). — Syndrome d'agitation et d'insomnie continue, diabète maigre et contracture libérale des membres inférieurs. Lésions destructives de la région tubérienne, par M. Maurice Dide. Discussion : M. Lhermitte</i>	145
<i>Séance du 21 juillet 1928. — Correspondance : M. Bussard, M. Chowschko. — Rapport de M. Courbon sur la candidature de M. Ch. Blondel. — La vertu pathologique. En commémoration de la naissance de Taine, par M. Courbon. — Discussion : MM. Dumas, Janet, Courbon</i>	230
<i>Séance du 25 octobre 1928. — Correspondance : M. Colin. — Allocation de M. Leroy. — Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie chez les hébéphréniques, par MM. Guiraud et Cailleux. Discussion : M. Mallet</i>	351

Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p.	143, 253, 361, 441
— — — — — tome II, p.	361

Réunions et Congrès

Le Congrès d'Edimbourg (18-23 juillet 1927), par René Targowla, tome I, p.	169
Compte rendu du XXXII ^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Anvers, 23-28 juillet 1928), tome II, p.	255

Sociétés Savantes

Académie de Médecine, tome I, p.	78, 179
Société clinique de médecine mentale, tome I, p. 88, 184, 274, 366,	479
— — — — — tome II, p.	92, 253
Société de Psychiatrie, tome I, p.	90, 186, 276, 368, 473
— — — — — tome II, p.	94, 377
Société belge de médecine mentale, tome I, p.	92, 476
— — — — — tome II, p.	179
Société de médecine légale, tome II, p.	183

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Réunions et Congrès, etc.	
tome I, p.	94, 188, 278, 373, 479
tome II, p.	96, 187, 288, 379
Prix de la Société Médico-Psychologique, tome I, p.	188

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

TABLES
DE
L'ANNÉE 1928

2075/7

(100 2000)

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1928

Chroniques

Impressions médico-psychologiques de Portugal, par Paul COURBON, tome I, p.	5
Le recrutement des Médecins des Asiles, par H. COLIN	97
Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'asile, par G. DEMAY	193
Le placement volontaire des indigents à l'asile. L'auto-placement volontaire, par M. BEAUSSART	289
Le Centenaire de la Maison de Santé de St-Cyprien, par E. CANTAGRIL, tome II, p.	5
Esquirol et les débuts de l'enseignement de la Psychiatrie à Edimbourg, par Henri COLIN	97
Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes d'Anvers (23 au 28 juillet 1928), par Paul COURBON	193
Un voyage d'études dans les asiles de Hollande, par M. Paul COURBON	289, 385

Articles originaux

Henri DAMAYE et Stanislas WARSZAWSKI. — Guérison et séqueles du délire aigu, tome I, p.	26
G. HALBERSTADT. — La critique du témoignage	32
V. OSSIPOV. — Sur le traitement de la démence paralytique.....	101
P. GUIRAUD. — Souvenirs d'enfance et Idées de Grandeur	204
Prof. Oj.-S. TROCHINE. — La Démence	307, 396
REVAULT-D'ALLONES. — Lettres d'Argentine	220, 385, 388
H. BARUK et F. MOREL. — Contribution à l'étude de la Psychologie et de la Physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonie. Ses phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection, tome II, p.	12
M. NATHAN et Mlle L. DESBROUSSE. — Les désenchantés de la schizoïdie	38
F.-J. SCÉMAN. — Rêves organo-génésiques	64
H. DAMAYE. — Importance des associations en clinique mentale .	107
J. VINCHON et J. VIÉ. — Un maître de la neuropsychiatrie au XVII ^e siècle : Thomas Willis (1662-1675)	109
R. MALLET. — Obsession et Délire	220
G. HALBERSTADT. — La mélancolie présénile et ses variétés cliniques	307
D. SANTENOISE. — Recherches et considérations physiologiques sur l'excitation psychique et la démence précoce	326
M. NATHAN. — Les Décalés	341
H. DAMAYE. — L'urumétine dans le délire aigu	406
J. LAUTIER. — Délire et responsabilité pénale	409

Documents cliniques

- A. GORDON. — Hallucinoses comme entité clinique, tome I, 211

Médecine légale

- E. MARTINOR. — Un cas de simulation de délire systématisé ... 68

Société Médico-Psychologique

- Séance du lundi 26 décembre 1927.* — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE: Subvention du Conseil municipal; Elections. — SÉANCE ORDINAIRE: Correspondance: MM. Vignaud, Noël, Plouffe. — Rapport de M. Rogues de Fursac sur la candidature de M. Minkowski (élection). — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. H. Beaudouin (élection). — Une érotomane médicale. Considérations sur l'érotomanie féminine, par MM. Roger Dupouy et Jean Picard. Discussion: MM. Dupouy, G. de Clérambault. — Encéphalite épidémique avec épilepsie et myoclonies, par MM. P. Guiraud et A. Thomas. — Considérations anatomocliniques sur la démence précoce, par M. L. Marchand. Discussion: MM. Guiraud et J. Séglas. — Du rôle de la constitution mentale sur les avatars sociaux de l'existence: Etapes de la vie d'une psychasthénique cyclique, par MM. Paul Courbon et Omer Noël, tome I, p. 40
- Séance du 30 janvier 1928.* — Correspondance: MM. Janet, Beaudouin, Minkowski, Boven, Repond, Douglas, A. Thom, Worth, Lord, Minian-Bruce, Shaw-Bolton, le Président de la Chambre des Députés, Deron. — Allocution de M. Legrain, Président sortant. — Allocution de M. Leroy, Président. — Rapport de la Commission des Finances, par M. Semelaigne. — Prix de la Société. — Rapport de M. Charpentier sur les candidatures de MM. Noël et Plouffe (élection). — Pseudo-mélancolie hystérique, par M. J. Lautier. Discussion: MM. Janet, Colin. — Hallucinations visuelles élémentaires et conscientes dans un cas de décollement rétinien; intégration secondaire dans un système délirant. — Le syndrome hallucinatoire du décollement de la rétine, par MM. Targowla et Picard. Discussion: MM. Janet, Guiraud, Trénel, Targowla 110
- Séance du 27 février 1928.* — Correspondance: M. Lauzier. — Amélioration rapide d'une paralysie générale cachectique et gâteuse par le Stovarsol associé au Dmelcos (vaccin antichancreux de Nicolle), par Mlle Pascal, R. Abramovitz et Briau. Discussion: MM. Barbé, Trénel, Briau, Leroy. — Un cas de surdité hystérique, datant de 28 ans, par MM. Xavier Abély et Dupont. Discussion: MM. Guiraud, Janet, Capgras, Abély, Raynier, Leroy. — Souvenirs infantiles et idées de grandeur, par M. Guiraud. — Sur un cas de simulation de troubles mentaux ayant duré de novembre 1920 à janvier 1922, par MM. Lagriffe et Sengès. — Mélancolie et asthénie-manie alterne, par M. Benon. (Sommaire: *Étiologie générale de la psychose périodique. Mélancolie vraie et asthénie secondaire. Accès asthénomaniaque: guérison, manie chronique, manie intermittente, asthénie-manie alterne et circulaire. — Diagnostic. — Réactions délétieuses et criminelles. Observation. Conclusion*) 222

<i>Séance du 26 mars 1928.</i> — Correspondance : M. Noël. — Rapport sur la candidature de M. Lauzier, Médecin-Chef à l'Asile de Clermont (Oise), au titre de membre correspondant, par M. Beaudouin (élection). — Recherches et considérations physiologiques sur l'Excitation psychique et la Démence précoce, par M. Santenaise. — Séquelles psycho-organiques d'encéphalite épidémique. — Evolution lente vers la guérison, par M. Lautier. Discussion : MM. Guiraud, Lautier. — Evolution psychologique d'une schizophrène, par M. Lelong, Commentaires, Conclusion	340
<i>Séance du lundi 30 avril 1928.</i> — Correspondance : MM. les Docteurs Lauzier, Noël et René Charpentier. — Mort inopinée de M. le Professeur Pitres (M. Leroy). — Attentat contre le Dr Jean Salomon (M. Leroy). — De la survivance de l'affectivité au naufrage de l'intelligence dans certaines psychoses chroniques (M. Paul Courbon). Discussion : MM. P. Janet, Guiraud, Minkowski, Courbon. — Psychose paranoïaque à forme hallucinatoire (MM. R. Dupouy, J. Picard et P. Masquin)	415
<i>Séance du 26 mai 1928.</i> — Correspondance : MM. Blondel, Leroy. — Rapport de M. Guiraud sur le prix Aubanel, récompense à Mlle Chiarli. — Rapport sur le prix Moreau, de Tours, attribution à M. Baruk. — Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonie ; les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection (présentation de malade), par MM. Baruk et Morel, de Genève. — Le parégorisme : opiomanie. A propos d'un nouveau cas, par M. Trénel et P. Lelong. Discussion : MM. Leroy, Dupouy, de Clérembault, Beaudouin, tome II, p.	76
<i>Séance du 25 juin 1928.</i> — Correspondance : M. Baruk, Mlle Chiarli, Dr J. Salomon, Dr Truelle, Dr Laignel-Lavastine. Un cas du vol de la pensée, par Pierre Janet. Discussion : MM. Dide, Lhermitte, Janet. — La statistique des aliénés en Suisse, par le Dr H. Bersot (Neuchâtel). — Syndrome d'agitation et d'insomnie continue, diabète maigre et contracture libérale des membres inférieurs. Lésions destructives de la région tubérienne, par M. Maurice Dide. Discussion : M. Lhermitte	145
<i>Séance du 21 juillet 1928.</i> — Correspondance : M. Bussard, M. Chowschko. — Rapport de M. Courbon sur la candidature de M. Ch. Blondel. — La vertu pathologique. En commémoration de la naissance de Taine, par M. Courbon. — Discussion : MM. Dumas, Janet, Courbon	230
<i>Séance du 25 octobre 1928.</i> — Correspondance : M. Colin. — Allocation de M. Leroy. — Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie chez les hébéphréniques, par MM. Guiraud et Cailleux. Discussion : M. Mallet	351
<i>Séance du 26 novembre 1928.</i> — Correspondance : M. Blondel. — Condoléances à M. Fiancette, conseiller municipal et député de Paris, à l'occasion de la mort de son fils. — Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie suivie d'un traitement spécifique mixte à hautes doses (14 observations), par MM. Leroy, Médakovitch et Maurice Prieur. — Résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale, par MM. Claude, Targowla, Cénac et Lamarche. — Treize cas de paralysie générale traités par injections de Dmelcos combinées à un traitement chimique, par MM. H. Beaudouin et Dupont. — Présentation de paralytiques généraux cliniquement guéris par la malariathérapie, par MM. A. Fribourg-Blanc et Masquin	415

Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p.	143, 253, 361, 441
— — — — — tome II, p.	361, 450

Réunions et Congrès

Le Congrès d'Edimbourg (18-23 juillet 1927), par René Tar-	
gowla, tome I, p.	169
Compte rendu du XXXII ^e Congrès des Médecins aliénistes et	
neurologistes de France et des Pays de langue française	
(Anvers, 23-28 juillet 1928), tome II, p.	255

Sociétés Savantes

Académie de Médecine, tome I, p.	78	179
Société clinique de médecine mentale, tome I, p. 88, 184, 274, 366,		470
— — — — — tome II, p.	92, 253,	462
Société de Psychiatrie, tome I, p.	90, 186, 276, 368,	473
— — — — — tome II, p.	94, 377,	464
Société belge de médecine mentale, tome I, p.	92	476
— — — — — tome II, p.		179
Société de médecine légale, tome II, p.		183

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions hono-	
rifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Réu-	
nions et Congrès, etc.	
tome I, p.	94, 188, 278, 373, 479
tome II, p.	96, 187, 288, 379, 467
Prix de la Société Médico-Psychologique, tome I, p.	188

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

1928

- Abély, X., I, 227.
 Abramovitz, I, 222.
 Adler, I, 256.
 Agasse, II, 466.
 Alexander, II, 180.
 Ammosov, II, 375.
 Antheaume, II, 454.
 Aubin, I, 255.
- Balthazard, II, 183, 185.
 Barbé, I, 225.
 Baruk, I, 263, 370 ; II, 12, 79, 378.
 Bary, II, 361.
 Beaudoin, I, 184 ; II, 435.
 Beaussart, I, 289.
 Bechterew, I, 464.
 Belbey, II, 459.
 Benno Hahn, I, 154.
 Benon, I, 245, II, 464.
 Bernard (Raoul), II, 363.
 Bersot, II, 464.
 Bertrand (Ivan), I, 361.
 Bielawski, I, 464.
 Blanchis (Mlle), II, 378.
 Blinkov, II, 375.
 Blondel, II, 365.
 Bonasera, I, 270.
 Bonnard, I, 473 ; II, 95, 464, 465.
 Bonnis (Mlle), I, 151.
 Bordier, I, 162.
 Bourgeois, I, 473.
 Briau, I, 222.
 Brunerie, I, 276.
 Brzezicki, I, 272.
 Buscaino, I, 271.
- Cailleux, II, 92, 253, 352, 463.
 Cantegril, II, 5.
 Capgras, II, 462.
- Cénac, II, 434.
 Chatagnon, I, 89, 275.
 Chiarli (Mlle), II, 76.
 Chodos, I, 463.
 Chotz, I, 445.
 Choumkoff, I, 464.
 Claude, I, 91, 190, 263, 277, 372, 473 ; II, 378, 434.
 De Clérambault, I, 54.
 Colin H., I, 97, II, 97.
 Collin André, I, 147.
 Combemale, I, 465, 467.
 Coulloudon, I, 274, 471.
 Courbon, I, 5, 72, 88, 186, 187, 275, 367, 419 ; II, 92, 94, 176, 193, 235, 289, 385, 462.
 Courtois, I, 185, 187, 275, 277, 366, 368, 369, 470, 471 ; II, 94, 253, 450.
- De Craene, II, 181.
 Damaye, I, 26, 160 ; II, 107, 406.
 Dardenne, II, 182.
 Demacon, I, 465, 467.
 Demay, I, 193 ; II, 283.
 Deriabin, II, 377.
 Deron, I, 449.
 Desbrousse (Mlle), II, 58.
 Deschamps, I, 146.
 Desville, I, 277 ; II, 465.
 Dide, II, 173.
 Divry, II, 255.
 Donaggio, II, 285.
 Dubar, I, 90, 372.
 Dublineau, II, 254.
 Dubreuil Chambardel, I, 78.
 Dujardin, II, 266.
 Dupont A., I, 227 ; II, 435.
 Dupouy, I, 47, 185, 268, 274, 277, 434, 470, 471, 473.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Economo, I, 362.
 Escalas Real, II, 459.
 Estienny, I, 458.
 Ey, II, 178.
 Fail, I, 88, 187, 275, 367.
 Fay, I, 153.
 De Fleury, I, 276.
 Foix, I, 259.
 Folly, I, 276.
 Foquet, II, 182.
 Frank L., II, 364.
 Frankenhauser, I, 153.
 Freud, II, 453.
 Fribourg-Blanc, II, 441.
 Gardey, II, 456.
 Genil-Perrin, I, 150.
 Gordon A., I, 244.
 De Greef, II, 182.
 Guillaume Louis, I, 78.
 Guillain, I, 361.
 Guiraud P., I, 55, 204, 276 ; II, 92, 253, 352.
 Haig y Azmadjian, II, 177.
 Halberstadt, I, 32 ; II, 307.
 Halphen, I, 143.
 Hans-C. Syz, I, 166.
 Hauterive, II, 182.
 Henry, I, 371.
 Heroy, I, 92.
 Hesnard, I, 157, 446 ; II, 451.
 Heuyer, II, 94.
 D'Hollander, I, 478 ; II, 182.
 Janet, I, 134, 140 ; II, 146.
 Jankelevitch, II, 453.
 Januszewski, I, 462.
 Jaspers, I, 257.
 Jiline, I, 466.
 De Jong H., II, 94.
 Kahn P., I, 371 ; II, 95.
 Knud. H. Krabbe, I, 164.
 Krasnoff, I, 466.
 Krassnuschkin, I, 164.
 Lacan, I, 474.
 Lafora-Gonzalo R., I, 265 ; II, 457.
 Lagriffe, I, 237.
 Laignel-Lavastine, I, 145, 277, 371, 473 ; II, 95, 464, 465.
 Lamache, I, 90, 91, 166, 186, 369, 372 ; II, 377, 434.
 Laruelle, I, 162.
 Lautier, I, 89, 122, 342 ; II, 409.
 Legrain, II, 454.
 Lelonj, I, 274, 275, 348, 366, 367 ; II, 84, 92, 463.
 Leroy Eugène-Bernard, I, 165.
 Leroy R., I, 366, 470, 472 ; II, 93, 177, 416.
 Levin, I, 464.
 Lévy Maurice, I, 144.
 Lévy-Valensi, I, 143, 474 ; II, 465.
 Ley, I, 92, 93, 259, 467 ; II, 180.
 Luniewski, I, 469.
 Mac-Auliffe, I, 160.
 Mallet R., I, 448 ; II, 220.
 Mandolini, I, 364.
 Marage, I, 448.
 Marchand L., I, 64, 89, 185, 366, 367, 368, 471 ; II, 178, 254, 463.
 Marie A., I, 89, 92, 275, 367, 371 ; II, 178, 462.
 Marie P., I, 444.
 Martimor, II, 68.
 Masquin, I, 434, 472 ; II, 176, 441.
 De Maximovitch ; II, 462.
 Médacovitch, II, 177, 377, 378, 416.
 Meignant, I, 370, 474 ; II, 378.
 Michon (Mme G.), II, 466.
 Miller, I, 262.
 Minkowski, I, 269.
 Miquel, II, 462.
 Moigneau, I, 184.
 Morel (Mlle G.), I, 451.
 Morel (de Genève), II, 12.
 Nathan, I, 90 ; II, 58, 341.
 Neve, I, 164.
 Nicati, II, 374.
 Noël Omer, I, 72.

Oberc, I, 260.
 Oliviers, II, 179.
 Ombredane, I, 370, 474 ; II, 377.
 Orzechowski, I, 459.
 Ossipov, I, 404.

Pactet, I, 89, 367, 368 ; II, 178.
 Papillault, II, 465.
 Pascal (Mlle), I, 222 ; II, 466.
 Pellat Solange, I, 443.
 Petit G., II, 253.
 Pfersdorff, I, 453 ; II, 455.
 Picard J., I, 47, 89, 90, 91, 136,
 185, 274, 275, 277, 434, 471,
 472 ; II, 465.
 Pichard, I, 274.
 Piéron, I, 455, 457.
 Piotrowski, I, 270, 468.
 Porot, I, 152.
 Pottier, I, 472.
 Pouffary, I, 90, 253.
 Prengowski, I, 146, 147.
 Prieur, II, 446.

Radziwillovicz, I, 268.
 Rafflin, I, 277, 473.
 Rapoport W., II, 376.
 Renaux, II, 283.
 Revault d'Alhonnès, I, 165, 220,
 267, 338, 385.
 Riera, II, 456.
 Roger Henri, I, 144, 459 ; II,
 276.
 Rogier (Mme), I, 88.
 Rojas, I, 364 ; II, 459.
 Rondepierre, II, 92, 94, 176, 462.
 Roubinovitch, I, 368.
 Rouvroy, II, 182.
 Roux de Montlebert (Mme), I,
 156.
 Rubbens, II, 179.

Sagin, I, 260, 460.
 Saint-Paul, I, 157.
 Saleilles, I, 441.
 Sanchis-Banns, II, 458.
 Santenoise, I, 442 ; II, 326, 378.
 Santos R. Novoa, I, 365.
 Sauzay, II, 455.

Schiff, I, 90, 187, 277, 368, 369 ;
 II, 94.
 Séglas, I, 71.
 Sengès, I, 237, 276 ; II, 463, 464.
 Serin (Mlle), I, 91, 275, 472.
 Simon Th., I, 148, 262, 264, 447.
 Smirnov, II, 376.
 Smith Jens-Chr., I, 163.
 Soesman, II, 64.
 Sonn, II, 465.
 Stavridhis, II, 363.
 Stocker, I, 474.
 Stuurman, I, 164.
 Szmlanski, I, 471.

Targowla, I, 91, 136, 166, 169,
 369, 370, 474 ; II, 254, 266,
 283, 377, 434.
 Ter-Semenow, I, 445.
 Teulié, I, 253.
 Thevenard, I, 263.
 Thomas A., I, 55.
 Tiffeneau, II, 183, 185.
 Tinel, I, 90, 186 ; II, 466.
 Tonina, II, 457.
 Torsten-Sonden, I, 151.
 Toulouse, I, 277, 369, 473 ; II,
 283.
 Tramer, II, 365.
 Trénel, I, 274, 471 ; II, 84, 176,
 178, 464.
 Trochine, I, 307, 394.
 Troisier, I, 90.

Vallejo-Nagera, I, 363.
 Van Biewlet, I, 457.
 Van Doninck, I, 93.
 Vermeylen, I, 155, 266, 463, 477 ;
 II, 181.
 Verstraeten, II, 284.
 Vêrnt, II, 361.
 Vervaeck, I, 161, 476, 477.
 Vié, I, 186, 366 ; II, 409, 466.
 Villiger, II, 454.
 Vimmer, I, 144.
 Vinchon, I, 146 ; II, 409, 465.

Warschawski, I, 26.
 Wernoe, I, 163.
 Whitney-Page, I, 451.
 Wirszubski, I, 272, 467.

- Académie de médecine ; prix, II, 96.
- Séances : nov. 1927, I, 78 ; déc. 1927, I, 179.
- Académie des sciences ; prix, II, 468.
- Adrénaline ; réactions pupillaires, I, 90.
- Affectivité : survivance dans certaines psychoses chroniques, I, 419.
- Alcoolisme ; traitement, I, 466 ; réactions de vengeance, II, 94 ; psychoses alcooliques, II, 363.
- Aldrich et Mac Clure (test), II, 182.
- Algies du membre supérieur, II, 276.
- Aliéné ; définition médico-légale, I, 364.
- statistique des aliénés en Suisse, II, 164.
- production technique des aliénés, II, 365.
- Alzheimer (maladie d'), I, 471.
- Anxiété ; symptômes cérébello-pyramido-striés, I, 370.
- action sédatrice du calcium intraveineux, I, 474.
- Aphasie et démence, I, 478.
- d'évocation, II, 455.
- Aptitudes ; détermination par la méthode des tests, I, 155.
- Arriérés ; développement de l'intelligence, I, 151 ; colonie d'enfants, I, 264.
- Assistance ; traitement des malades mentaux ; organisation hospitalière, I, 451.
- principe de l'organisation de l'assistance publique aux aliénés, I, 270.
- Loi de 1838, II, 283.
- congrès international d'assistance, I, 382.
- services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'asile I, 193.
- Le placement volontaire des indigents à l'asile ; l'auto p. v., I, 289.
- Opposition familiale au placement, I, 473.
- Assistance aux psychopathes en Algérie, II, 455.
- Assistance des aliénés en Hollande, I, 469.
- Asiles de Hollande, II, 289 ; 385.
- Législation espagnole, II, 459.
- Clinique de l'Université Nord caucasienne, I, 445.
- Fonctionnement de l'Hôpital Henri-Rousselle, II, 283.
- Commission chargée de préparer la codification des lois d'assistance, II, 187.
- Associations en clinique mentale, II, 107.
- Asthénies, I, 146.
- Asthme ; hérédité névropathique dans l'asthme infantile, I, 88.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

Etiopathogénie de la crise, II, 456.

Ataxie dysmétrique des yeux, I, 459.

Audi-mutité, I, 478.

Babinski (signe de), I, 144.

Barbituriques ; délivrance par les pharmaciens, II, 185.

Bouffée délirante, II, 465.

Bradykinésie, II, 463.

Caractère prépsychosique, I, 164.

Catatonie ; voir Hébéphrénocatatonie.

Cerveau ; le cerveau d'A. France, I, 78.

— Architectonie cellulaire corticale, II, 285.

— Architecture cellulaire de l'écorce, I, 362.

Charles II, II, 458.

Chimie colloïdale, II, 361.

Chorée de Sydenham, II, 177.

Commotionnelle (psychose), I, 275, 470.

Concours :

— médecin des asiles ; annonce, I, 94 ; résultats, I, 287.

— médecin de la Seine ; annonce, II, 192 ; résultats, II, 379.

— internat ; résultats, I, 376.

Confusion mentale :

— symptômes encéphaliques ; traitement anti-infectieux, I, 91.

— post-opératoire, II, 92.

— suite d'une rupture de grossesse tubaire, I, 274.

— délire de persécution consécutif ; polynévrite, II, 95.

— stomatite purulente, II, 459.

— délire ; onirisme, II, 464.

Congrès :

— aliénistes 1928 ; programme, I, 377.

— Anvers, 1928 ; chronique, II, 493 ; rapports, II, 255.

— Barcelone, 1929 ; programme, II, 380.

— Edimbourg, I, 469.

— international de psychologie, I, 192.

— international de psychologie appliquée ; annonce, II, 188.

— médecine légale, 1928 ; programme, II, 189.

Contre-mentalité ; la fonction mentale, phénomène de contre-mentalité, II, 374.

Convulsions, I, 147.

Criminalité ; le criminel, I, 164 ; individualisation de la peine, I, 441. Tueuses d'enfants, I, 451.

Cyclothymie, I, 276.

Délinquants ; psychopathes délinquants, I, 476.

Délire :

— d'explication, II, 176.

— de grandeur, II, 177, 464.

— de grossesse, II, 254.

— de gynécopathie, II, 465.

— d'imagination, I, 474 ; II, 462.

— d'indignité, I, 477.

— de métapsychique, I, 255.

— spirite, II, 465.

— délirant de race asiatique, II, 462.

Délire aigu ; séquelles, I, 26 ; traitement (urométine), II, 406.

Delirium tremens, I, 277.

Démence, I, 307, 394.

Démence précoce :

— chez une fillette de 8 ans, I, 88.

— étiologie et pathogénie, I, 271.

— par encéphalite, I, 367.

— et méningo-névrite, I, 185.

— Hémiplégie, II, 253.

- Excitation psychique, II, 326.
- Fugue, II, 462.
- considérations anatomo-cliniques, I, 61.
- Traitement homo-familial, I, 467.
- Dynamisme mental ; troubles, I, 269.
- Dysphasie, I, 366.
- Écriture ; lois, I, 443.
- Ectopisme mental, I, 186.
- Education (voir pédagogie) :
 - dégénérescence et prophylaxie sociale, I, 160.
 - maternelle, I, 148.
- Encéphalite aiguë, I, 185.
- Encéphalite épidémique :
 - épilepsie et myoclonies, I, 55.
 - et épilepsie, I, 368.
 - crises oculogyres, I, 144.
 - forme hallucinatoire, I, 368 ; II, 94.
 - suicide impulsif, I, 371.
 - méditation homicide, I, 277.
 - perversions instinctives et réactions médico-légales, II, 94.
 - exaltation de la vie intérieure, I, 90.
 - troubles mentaux chez l'adulte, II, 179.
 - chez un enfant, I, 266.
 - enfants post-encéphalitiques internés à Perray-Vaucluse, I, 262.
 - séquelles psycho-organiques ; guérison, I, 342.
 - tremblement très accentué, II, 253.
 - parkinsonisme (voir épilepsie), I, 473.
 - parkinsonisme ; automatisme ambulateur, II, 253.
 - parkinsonisme ; contagiosité, I, 472.
 - palilalie, II, 253, 464.

Encéphalopathie infantile, I, 369.

Épilepsie :

- aura prolongée. Ovariectomie et recrudescence des accès, I, 275.
- modifications biologiques pendant l'aura, I, 472.
- et alcalose, I, 473.
- vertiges et acidose, I, 277.
- et parkinson, I, 471 ; II, 450.
- sclérose cérébrale et méningo-encéphalite, I, 89.
- traumatisme crânien, I, 93.
- essentielle, I, 93.
- Traitement, I, 365 ; II, 182.
- Erotomanie : médicale, I, 47 ; papale, I, 185.
- avec hypomanie et délire d'influence, II, 254.
- Esquirol, II, 97.

Facès thymicus, II, 464.

Fraternisation d'aliénés à l'asile, I, 88.

Gardes-malades, I, 468.

Glandes endocrines :

- et pneumogastrique, I, 442.
- influence sur le système nerveux. I, 462.

Hallucinations :

- visuelles : décollement rétinien, I, 136.
- mécanisme, I, 265.
- matérialité, I, 267.
- lilliputiennes, I, 367.
- moyens de défense, I, 470.
- physionomie des hallucinés, I, 267.
- Hallucinoze, I, 90, 244.
- Hébéphrénie ; atteinte neuro-épithéliale, I, 276 ; meurtre immotivé ; réaction libératrice, II, 352.

Hebéphrénocatatonie :

- psychologie et physiologie pathologique, II, 42.
 - syndrome moteur, I, 263.
 - syndrome moteur catatonique par injection de bulbo-capnine, II, 94.
 - la catatonie, II, 255.
 - métabolisme basal, II, 378.
- Hémiacrocéphalie, I, 92.

Hygiène mentale :

- Ligue Belge, II, 180.
- Dispensaire, II, 180, 181.
- scolaire, II, 457.

Hyperthyroïdisme ; radiothérapie, II, 456.

Hypnose, I, 464.

Hypomanie ; pseudo délire de jalousie, I, 275.

Hypoglycémie dans les maladies mentales, II, 377.

Hystérie :

- un cas d'hystérie, II, 466.
- pseudo-mélancolie, I, 422.
- surdité, I, 227.
- catalepsie, I, 370.

Idiotie monzoloïde, I, 164.

Imaginative (psychose), I, 471 (voir délire).

Infirmier ; examen d'état, I, 189.

Innervation périphérique, II, 454.

Insuffisance hépatique dans les psychoses aiguës, I, 473.

Intégrité mentale ; certificat, I, 268.

Korsakow (psychose de) :

- après anesthésie par l'éther, I, 164.
- après hémorragie grave, I, 274.

Langage :

- Néologisme, I, 253.
- Troubles, I, 453 ; II, 455.

Lettres d'Argentine, I, 220, 338, 385.

Maison de santé ; St-Cyprien, II, 5.

Malariathérapie (voir P. G.) :

- dans les psychoses autres que la P. G., II, 284.

Maniaque dépressive (psychose) :

- état physique, I, 151.
- relations avec migraine, épilepsie, asthme, urticaire, I, 186.
- syndrome maniaque, I, 449.
- délire de persécution, II, 92.
- spirochitose ictérogène, II, 378.
- Hémorragie méningée, II, 463.
- lésions de l'encéphale, II, 463.
- mélancolie et asténie-manie alterne, I, 245.

Mécanisme psychique, I, 153.

Médecin des asiles :

- Recrutement, I, 97.
- Classes et traitement, I, 373.
- Traitement, II, 467.
- Distinctions honorifiques, I, 96, 376, 479 ; II, 96, 288, 379.
- Nominations, II, 96, 288, 380.

Mélancolie (voir maniaque dépressive) :

- présénile, II, 307.
- Migraine ; constantes urinaires, I, 473.

Morphine, I, 154.

Mystique ; psychologie d'une grande mystique contemporaine, I, 165.

Mythomanie, I, 266, 466.

Narcissisme, I, 157.

Narcotiques, II, 454.

Nécrologie, P^r Pitres, I, 373, 415.

Neurasthéniques (maladies), I, 146.

Neurologie ; 9^e réunion, Paris, I, 381.

Névraxite épidémique :

— forme algo-myoclonique, II, 376.

— un cas de névraxite épidémique, II, 376.

— et système nerveux végétatif, II, 377.

Névropathiques (syndromes), II, 451.

Nystagmus, I, 459.

Obsessions :

— les obsédés, I, 448.

— et délire, II, 220.

Ovariectomie :

— Psychose des ovariectomisés, I, 465.

— Sécrétion interne de l'ovaire et activité intellectuelle, I, 467.

Palilalie (voir encéphalite épidémique), II, 179.

Pancréas et activité cérébrale, II, 378.

Paralysie générale :

— Traitement, I, 101, 165 ; II, 266.

— Traitement malariathérapie, I, 91 ; II, 416, 444.

— Traitement phlycténothérapie, I, 187.

— Traitement argotropin, I, 164.

— Traitement stovarsol, II, 176.

— Traitement Dmelcos, II, 176, 435,

— Traitement Dmelcos et stovarsol associés, I, 222.

— Traitement, rémissions thérapeutiques, I, 363.

— délire hallucinatoire, I, 184, 266.

— symptômes schizophréniques, II, 182.

— héréditaire, I, 277.

— juvénile, I, 371.

— conjugale, II, 178.

— sénile, I, 89.

— et anévrisme, I, 368.

— et zona, II, 178.

— et méningite pneumococcique, II, 178.

— P. G. conducteur d'auto, I, 369.

— pseudo-kystes intracérébraux, II, 254.

— influence du traitement antisiphilitique sur la fréquence de la P. G., I, 163.

— affaiblissement intellectuel de type paralytique, I, 366.

Paralysie infantile ; traitement, I, 162.

Paranoïques, I, 150, 434.

Parégorisme, II, 84, 183.

Pédagogie, I, 447 (voir éducation).

Perversions sexuelles, I, 275 ; II, 93.

Pharmacien des asiles de la Seine ; suppression de poste, I, 278 ; concours, I, 376.

Phlycténothérapie, I, 186, 187.

Phrénasthéniques, I, 270.

Pithiatisme, I, 463.

Ponction lombaire ; traitement des accidents, I, 166, 474.

Portugal, I, 5.

Prisons ; annexes psychiatriques, I, 161.

Prix de la Société médico-psychologique, I, 188 ; II, 76.

Protestataires, I, 468.

Psychanalyse, I, 446.

Psychasténie, I, 72.

Psychiatrie contemporaine, I, 268.

— infantile, I, 153.

Psycho-encéphalites ; forme névropathique, II, 377.

Psycho-galvanique (réflexe), I, 166.

Psychologie :

- Thèmes psychologiques, I, 157.
- IX^e Congrès international, I, 192.
- L'année psychologique, I, 455.
- Psychologie d'aujourd'hui, I, 457.
- Psychologie expérimentale, I, 457.
- Psychologie collective, II, 365.
- Psychologie collective et analyse du moi, II, 453.
- de l'enfant et de l'adolescent, I, 155.
- Psychométrie, I, 464.
- Psychopathologie, I, 257.
- Psychoses hallucinatoires aiguës, I, 266.
- Psychose hallucinatoire chronique, I, 90 ; II, 92.
- Psychose passionnelle, I, 93.

Rachicocainisation ; confusion mentale, II, 92.

Ramollissement cérébral, I, 144, 259.

Réflexes :

- réflexe de la malléole externe et phénomène de Piotrowski, I, 260, 460.
- réflexes conditionnels, I, 272.
- réflexe de Piotrowski, I, 460.
- Responsabilité pénale et délire, II, 409.

Rêves organo-génésiques, II, 64.

Sciences religieuses, II, 361, 363.

Schizoïdie ; désenchantés, II, 58 ; décalés, II, 341.

Schizophasie, I, 187.

Schizophrénie, I, 92, 272, 348, 472, 474.

Secret médical, I, 179.

Séquestration, I, 89.

Sexualité (voir perversions) :

— conflits sexuels, I, 364.

— vie affective et sexuelle, II, 364.

Simulation, I, 237, 276, 466 ; II, 68, 284.

Société clinique de médecine mentale : déc. 1927, I, 88 ; janv. 1928, I, 184 ; fév., I, 274 ; mars, I, 366 ; avril, I, 470 ; mai, II, 92 ; juin, II, 176 ; juillet, II, 253 ; nov. II, 462.

Société médico-psychologique :

— Assemblée générale, déc. 1927, I, 40.

— Séances : janv. 1928, I, 110 ; fév. I, 222 ; mars, I, 340 ; avril, I, 415 ; mai, II, 76 ; juin, II, 145 ; juillet, II, 230 ; oct., II, 351 ; nov., II, 415.

— Prix, 1920, II, 76 ; 1929, I, 188.

— Membres titulaires : Minowski, I, 41 ; Beaudouin, I, 44.

— Membres correspondants : Lauzier, I, 340 ; Blondel, II, 230.

— Membres étrangers : Omer Noël, I, 120 ; Daniel Plouffe, I, 120.

Société de psychiatrie : déc. 1927, I, 90 ; janv. 1928, I, 186 ; fév. I, 276 ; mars, I, 368 ; avril, I, 473 ; mai, II, 94 ; oct., II, 377 ; nov., II, 464.

Société belge de médecine mentale : nov. 1927, I, 92 ; février 1928, I, 476 ; mars, I, 478 ; avril, II, 179 ; mai, II, 180 ; juin, II, 182.

Société suisse de psychiatrie :

— 73^e réunion ; annonce, I, 382.

— 74^e réunion ; annonce, II, 288.

Société de médecine légale, II, 183.

Souvenirs d'enfance et idées de grandeur, I, 204.

Sympathologie, I, 145.

Syndactilie, I, 92.

Syndromes mentaux, I, 152.

Syphilis :

— cérébrale, I, 91, 478.

— conjugale, I, 367.

— familiale, I, 367.

— héréditaire, I, 274.

— du névraxe et psychose hallucinatoire, II, 463.

— défense sociale, I, 96.

Système nerveux central ; anatomie topographique, I, 261.

Tabès ; troubles mentaux, I, 276.

Témoignage ; critique, I, 32.

Tempérament, I, 160, 256.

Tension veineuse rétinienne, I, 372.

Traumatisme :

— cranien, I, 93, 371.

— obstétrical, I, 366.

— physique, I, 464.

Trijumeau (névralgie), I, 163.

Tuber ; syndrome observé dans les lésions de la région du tuber, II, 473.

Tumeurs cérébrales, I, 162, 463 ; II, 457.

Vaccinothérapie, I, 467 ; II, 466.

Vertiges, I, 143.

Vertu pathologique, II, 235.

Voix ; physiologie, I, 448.

Vol à l'étalage, II, 454.

Vol de la pensée, II, 446.

Wallenberg (syndrome de), II, 375.

Willis Thomas, II, 409.

